

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEJADIAN KEMATIAN JANIN DALAM RAHIM
(KJDR) DI RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH
IBU DAN ANAK SITI FATIMAH
MAKASSAR**



**Skripsi
Diajukan untuk memenuhi Salah Satu Syarat Meraih Gelar
Sarjana Keperawatan Pada Fakultas Ilmu Kesehatan
UIN Alauddin Makassar**

**Oleh :
NURFADILA
NIM.70300109054**

**PRODI KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS NEGERI ALAUDDIN MAKASSAR
2013**

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

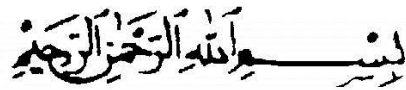
Dengan penuh kesadaran, penyusun yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa skripsi ini benar adalah hasil karya penyusun sendiri. Jika di kemudian hari terbukti bahwa ia merupakan duplikat, tiruan, plagiat, atau dibuat atau dibantu orang lain secara keseluruhan atau sebagian, maka skripsi dan gelar yang diperoleh karenanya batal demi hukum.

Makassar, Juli 2013
Penyusun,

Nurfadila
NIM: 70300109054



KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Segala puji kehadirat Allah SWT dengan Rahmat dan Magfirah-Nya yang dilimpahkan kepada kita serta salawat serta salam teruntuk Nabi sepanjang zaman, Muhammad SAW. Yang telah membawa kita dari alam jahiliah menuju alam terang benderang. Atas Ridha-Nya dan doa yang disertai dengan usaha yang semaksimal setelah melalui proses yang panjang dan melelahkan akhirnya skripsi ini dapat diselesaikan.

Keberadaan skripsi ini bukan sekedar persyaratan formal bagi mahasiswa untuk mendapat gelar sarjana tetapi lebih dari itu merupakan wadah pengembangan ilmu yang didapat dibangku kuliah dan merupakan kegiatan penelitian. Dalam mewujudkan ini, penulis memilih judul “Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kematian Janin Dalam Rahim (KJDR) Di Rumah Sakit Khusus Daerah Ibu Dan Anak Siti Fatimah Makassar”. Semoga kehadiran skripsi ini dapat member informasi dan dijadikan referensi terhadap pihak-pihak yang menaruh minat pada masalah ini. Penulis menyadari bahwa dalam proses penyelesaian skripsi ini tidak terlepas dari bantuan dan partisipasi semua pihak, baik dalam bentuk sugesti, dan motivasi moril maupun materil. Karena itu kemudian, penulis berkewajiban untuk menyampaikan ucapan teristimewa dan penghargaan setinggi-tingginya kepada kedua orang tua yang tercinta, terkasih

dan tersayang sebagai penyemangat penulis untuk menggapai cita-cita selama ini yaitu Ayahanda **Ali** dan Ibunda **Hj. Nur Alam** dengan susah dan jerih payahnya mengasuh, mendidik, memberikan materi, serta doa yang tak henti-hentinya sehingga menjadi motivator terbesar dalam hidup penulis. Terima kasih juga kepada kakak-kakakku tersayang **Wismawati** dan **Syah Effendy** dan adik-adikku tercinta **Nurhamila** dan **Nur Alyana** beserta keluarga yang selalu memberikan dukungan motivasi, materi dan doa kepada penulis. Tidak lupa pula ucapan sayang dan terima kasih kepada keponakan saya yang tercinta **Kaisyah Alifah** yang turut mendoakan hingga saat ini.

Melalui kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Bapak Prof.Dr.H.A.Qadir Gassing,HT.,MS., selaku Rektor Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.
2. Bapak Prof.Dr.H.Ahmad M Sewang,MA., selaku pjs. dekan Fakultas Ilmu Kesehatan. Ibu Fatmawaty M,SKM.,M.Kes selaku Wakil Dekan Bidang Akademik, Ibu Dra.Hj.Faridha Yenni Nonci,M.Si.,Apt. selaku Wakil Dekan Bidang Adm.Umum, dan Bapak Wahyuddin G,M.Ag selaku Wakil Dekan Bidang Kemahasiswaan.
3. Ibu DR.Nur Hidayah,S.Kep.,Ns.,M.Kes., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan sekaligus sebagai Pembimbing I yang penuh dengan kesabaran dan keikhlasan meluangkan tenaga, waktu, dan pikirannya untuk memberi perhatian dan bimbingan kepada penulis sejak awal hingga akhir penyusunan skripsi ini.

4. Ibu Hj.Hastuti,S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku pembimbing II yang dengan teliti memberikan bimbingan serta selalu siap meluangkan waktunya dalam penyusunan Skripsi ini.
5. Ibu Hasnah,S.Sit.,S.Kep.,Ns.,M.Kes dan Drs.H.Muh.Sadik Sabry,M.Ag. selaku Penguji I dan II yang telah memberikan kritik dan saran yang bersifat membangun demi penyempurnaan Skripsi ini.
6. Ibu Musdalifah,S.Kep.,Ns.,M.Kes. yang penuh kesabaran memberikan bimbingan dan meluangkan waktu serta tenaganya kepada penulis. hal terpenting yang paling penulis rasakan adalah support untuk membangun semangat penulis dalam penyelesaian skripsi ini.
7. Bapak dr. Leo Prawirodihardjo,SP.OG(K),M.Kes.,MM.,Ph.D selaku direktur dan seluruh perawat serta staf Rumah Sakit Khusus Daerah Ibu Dan Anak Siti Fatimah Makassar atas segala kemudahan dan keleluasaan yang di berikan dalam pelaksanaan penelitian penulis.
8. Seluruh dosen dan staf Program Studi Keperawatan yang telah memberi bantuan dan bimbingan selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Kakakku tercinta Sugianto yang telah banyak memberikan bantuan waktu dan materi, motivasi serta semangat selama hidup penulis.
10. Kakak terbaikku Syahriwijaya, SH., Arisandi Ambo Asse, S.S., M.Pd.I., dan saudaraku dari kecil Muh.Idsan yang terus memberikan motivasi, ide, kritik, saran, doa, serta selalu siap mendengar keluh kesahku yang telah begitu besar bantuannya dalam penyelesaian Skripsi ini.

11. Para sahabatku selama \pm 9 tahun bersama meski jauh dimata namun dekat dihati dalam FcG_team (Nur Agustina Ambo Ukke, Amd.Kep., Sherlyana Umrah, Hasrianisma) dan Asruni serta sahabat-sahabatku sejak SMP dan SMA yang tak bisa penulis sebutkan satu persatu.
12. Para sahabatku selama empat tahun terakhir selama menjalani pendidikan di UIN dalam B3_zone Team (Nurjannah, Munawarah, Ima Astuti Rahmi), dan A. Haerul Agus M, Rustan AR, Haerul Rahmat, Rosella, Aswedi Winardi serta semua teman-teman Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar yang tak bisa Penulis sebutkan satu-persatu.
13. Para kakak, sahabat sekaligus saudara seperjuangan dalam DPC Ajangale ka Saprisal S.Pd.I., ka Rahmat S.Hum., ka Nur Rahmah S.El., Whisnu Haibir, Jusman Hamid, serta yang lainnya yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu. Mereka yang selalu bersama Penulis berbagi ilmu dan pengalaman, suka dan duka, selalu memberikan motivasi, dukungan, bantuan serta bimbingan.
14. Ibu Hj. Murniati dan Bapak Syamsir selaku orang tua serta Keluarga Besar di Makassar yang senantiasa memberikan dukungan baik moril mapun materil.
15. Para sahabat KKN angkatan ke 48 Desa Julu Pa'mai, Kec. Pallangga, Gowa (Kk Ainuddin, Bunda Yuniati Udin, Yank Ernawati Syam, Neng Kartini, Kordes Wahyudir Kadir, Weliana, Arfah, dan Syamsul Rijal) yang telah memberi arti selama 2 bulan dan telah banyak memberikan motivasi serta Pak Desa Julu Pa'mai (Abd.Kadir Halim dan Ibu) serta Keluarga yang senantiasa mendoakan. Teman-teman dari Posko lain Kec. Pallangga Musdalifah, ka

Fatur Rahman, Nasaruddin, dan Muh.Dahlan yang sama-sama berjuang menyelesaikan skripsi dengan saling memberikan motivasi.

16. Pihak-pihak lain yang tidak bisa Penulis Sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa dalam Skripsi ini masih banyak kekurangan dan keterbatasan, oleh karena itu dengan itu kritik dan saran demi kesempurnaan Skripsi ini sangat diharapkan.

Penulis berharap semoga Skripsi ini dapat bermanfaat, baik itu bagi Penulis pribadi, Dunia Keperawatan, Dunia Pendidikan dan masyarakat pada umumnya. Amiin...

Wallahul Mua'fiq ilaa Aqwamittariq

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Makassar, Juli 2013

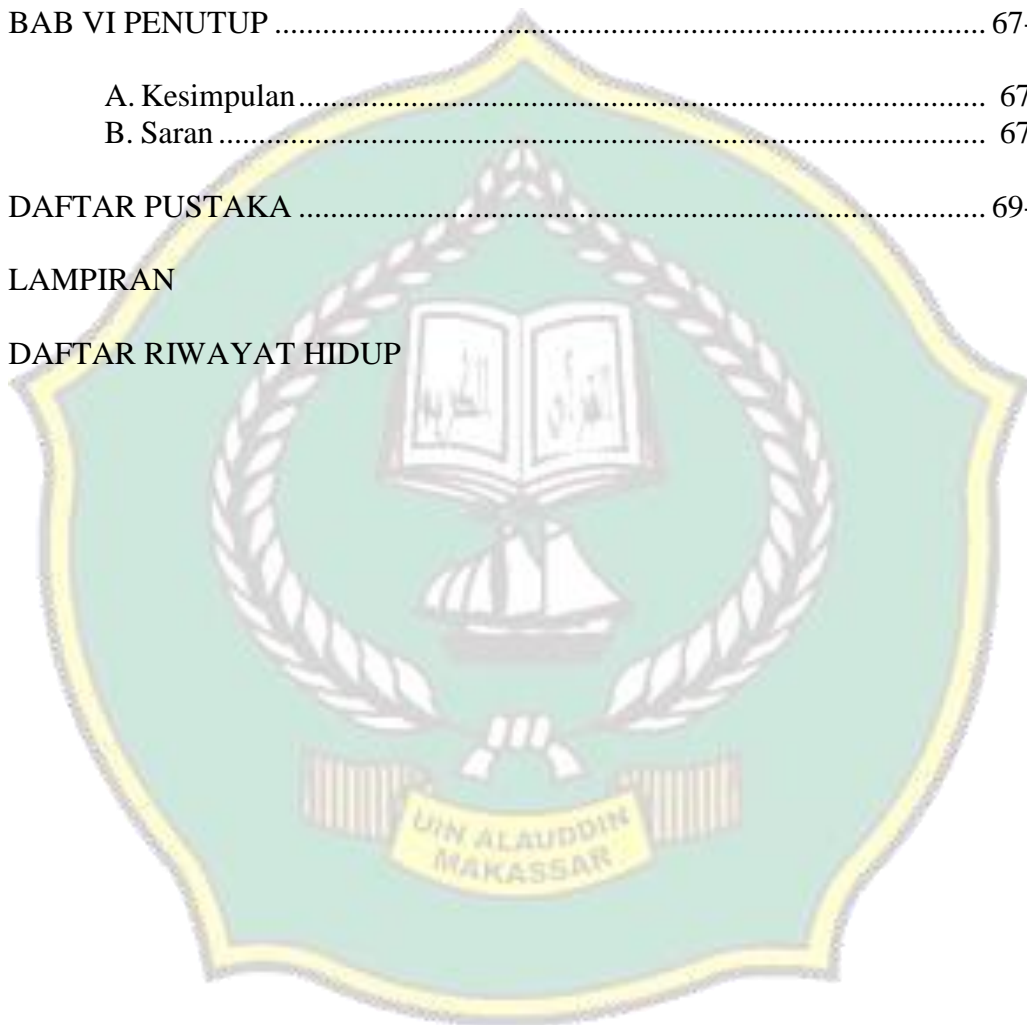
Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
ABSTRAK	xv
BAB I PENDAHULUAN	1-8
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9-26
A. Tinjauan Umum Tentang Kematian Janin Dalam Rahim	9
B. Tinjauan Variabel Yang Diteliti	18
BAB III KERANGKA KONSEP	27-32
A. Kerangka Konsep Penelitian	27
B. Kerangka Kerja.....	28
C. Hipotesis Penelitian	29
D. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	29
BAB IV METODE PENELITIAN	33-40
A. Jenis Penelitian	33
B. Tempat dan Waktu Penelitian	33
C. Populasi dan Sampel.....	33
D. Teknik Pengambilan Sampel	34

E. Pengumpulan Data.....	37
F. Pengolahan dan Analisa Data	38
G. Prosedur dan Etika Penelitian	39
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....	41-66
A. Hasil Penelitian.....	41
B. Pembahasan	50
BAB VI PENUTUP	67-68
A. Kesimpulan.....	67
B. Saran	67
DAFTAR PUSTAKA	69-71
LAMPIRAN	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	



DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Krejcie dan Morgan. Besarnya sampel menurut besarnya populasi	35
Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Ibu Berdasarkan Umur di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar Bulan Juni Tahun 2013	41
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Ibu Berdasarkan Pekerjaan di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar Bulan Juni Tahun 2013	42
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Ibu Berdasarkan Pendidikan terakhir di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar Bulan Juni Tahun 2013	43
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Ibu Berdasarkan Paritas di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar Bulan Juni Tahun 2013	44
Tabel 5.5	Distribusi Frekuensi Ibu Berdasarkan Pemeriksaan Antenata di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar Bulan Juni Tahun 2013	44
Tabel 5.6	Distribusi Frekuensi Ibu Berdasarkan Jenis Penyakit/penyulit Kehamilan di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar Bulan Juni Tahun 2013	45
Tabel 5.7	Distribusi Frekuensi Ibu Berdasarkan Penyakit/Penyulit Kehamilan di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar Bulan Juni Tahun 2013	46
Tabel 5.8	Hubungan Umur Ibu Dengan Kejadian KJDR di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar Bulan Juni	47
Tabel 5.9	Hubungan Paritas Dengan Kejadian KJDR di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar Bulan Juni	48
Tabel 5.10	Hubungan Pemeriksaan Antenatal Dengan Kejadian KJDR di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar Bulan Juni	49

Tabel 5.11	Hubungan Penyakit/penyakit Kehamilan Dengan Kejadian KJDR di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar Bulan Juni	50
------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----



DAFTAR LAMPIRAN



Lampiran 1	Permohonan Izin Pengambilan Data Awal
Lampiran 2	Lembar Disposisi Permohonan Izin Pengambilan Data Awal
Lampiran 3	Lembar Observasi
Lampiran 4	Lembar Persetujuan Seminar Proposal
Lampiran 5	Lembar Persetujuan Penelitian
Lampiran 6	Surat Izin Penelitian Ke Gubernur Prov.Sul Sel
Lampiran 7	Izin Pengumpulan Data
Lampiran 8	Lembar Disposisi Izin Pengumpulan Data
Lampiran 9	Keterangan Selesai Meneliti
Lampiran 10	Master Tabel
Lampiran 11	Master Koding
Lampiran 12	Olah data uji statistic <i>chi-square</i>
Lampiran 13	Lembar Persetujuan Ujian Hasil
Lampiran 14	Lembar Persetujuan Ujian Tutup
Lampiran 15	Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1	Kerangka Konsep Penelitian	27
Gambar 3.2	Kerangka Kerja	28
Gambar 4.1	Prosedur Pengumpulan Data	37



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tujuan pembangunan kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Keberhasilan pembangunan dapat dilihat dari derajat kesehatan masyarakat. Dalam hal ini terdapat beberapa indikator untuk menilai derajat kesehatan masyarakat, khususnya indikator kesehatan ibu dan anak, yaitu angka kematian ibu dan anak, usia harapan hidup, jumlah cakupan pelayanan kesehatan, dan lain-lain. (Manuaba, 2003)

Kematian Janin Dalam Rahim (KJDR) adalah penyebab tingginya angka kejadian lahir mati yang merupakan salah satu penyumbang kematian perinatal saat ini (Djaja, 2008). Kematian maternal dan perinatal merupakan masalah besar, khususnya di negara berkembang sekitar 98 persen – 99 persen, sedangkan negara maju hanya 1 persen-2 persen. Menurut laporan World Health Organization (WHO) tahun 2000 kematian perinatal adalah 400 per 100.000 orang atau sekitar 200.000 ribu orang pertahun sehingga kematian perinatal terjadi 1,2-1,5 menit. Di Amerika Serikat, angka kematian perinatal tercatat 3-8 per 1000. (Manuaba, 2007).

Angka kematian perinatal di Indonesia tidak diketahui dengan pasti karena belum ada survey yang menyeluruh. Angka yang ada adalah angka kematian perinatal di rumah sakit besar sehingga tidak memberikan gambaran yang mendekati angka kematian perinatal secara keseluruhan. Dalam 30 tahun

terakhir ini angka kematian bayi turun dengan menyolok, tapi angka kematian perinatal dalam sepuluh tahun terakhir kurang lebih menetap. Angka kematian perinatal di rumah sakit pada umumnya berkisar antara 77 sampai 137 per 1000 kematian. (Monintja, 2006).

Beberapa penyebab kematian bayi dapat bermula dari masa kehamilan 28 minggu sampai hari ke-7 setelah persalinan (masa perinatal). Penyebab kematian bayi yang terbanyak adalah karena pertumbuhan janin yang lambat, kekurangan gizi pada janin, kelahiran premature dan berat bayi lahir yang rendah, yaitu sebesar 38,94 persen, sedangkan penyebab lainnya yang cukup banyak terjadi adalah kejadian kurangnya oksigen dalam rahim (hipoksia intrauterus) dan kegagalan nafas secara spontan dan teratur pada saat lahir atau beberapa saat setelah lahir (asfiksia lahir), yaitu 27,97 persen. Hal ini menunjukkan bahwa 66,91 persen kematian perinatal dipengaruhi pada kondisi ibu saat melahirkan. (profil kesehatan Indonesia, 2007)

Di Sulawesi Selatan, data proyek yang dikeluarkan oleh Depkes RI bahwa AKB di Sulsel pada tahun 2007 sebesar 27,52 per kelahiran hidup. Sementara laporan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bahwa jumlah kematian bayi pada tahun 2007 sebanyak 709 kematian bayi atau 4,61 per 1.000 kelahiran hidup, tahun 2008 turun menjadi 638 atau 4,39 per 1.000 KH. Untuk tahun 2009 ini jumlah kematian bayi turun menjadi 495 atau 3,31 per 1.000 kelahiran hidup. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan terdapat sedikitnya 3483 kasus kematian janin dari 119437 kelahiran hidup. (profil kesehatan Sulawesi selatan, 2010)

Penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Sri Ratu Medan tahun 2009 mengenai karakteristik ibu yang melahirkan bayi dengan BBLR dan Mengalami KJDR diperoleh ibu yang hamil yang melahirkan bayi dengan BBLR dan ibu yang mengalami KJDR yaitu sebanyak 98 kasus. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu yang mengalami BBLR (49,6 persen) atau KJDR (43,4 persen) berada pada usia 20-35 tahun. Ibu yang mengalami BBLR sebagian besar (75,2 persen) memiliki paritas 0, sementara KJDR paling banyak (44,4 persen) pada paritas 2 dan 3. (Pane, 2010)

Data yang diperoleh dari Rumah Sakit Khusus Daerah Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar menunjukkan bahwa jumlah kasus kematian janin dalam rahim pada tahun 2010 sebanyak 61 kasus KJDR, tahun 2011 sebanyak 60 kasus dan tahun 2012 sebanyak 55 kasus KJDR. Data terakhir Januari-Februari 2013 yaitu 5 dan 6 kasus KJDR. Data ini memang tidak sebanyak dengan kasus-kasus kematian lainnya, namun kasus ini cukup menjadi masalah kesehatan terutama bagi ibu, apalagi bagi ibu yang menginginkan mempunyai bayi kemudian mengalami kasus kematian janin dalam rahim. Oleh karena itu perlu diketahui faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kematian janin dalam rahim agar kasus kematian janin dalam rahim dapat dicegah.

Kematian perinatal yaitu kematian janin setelah 20 minggu kehamilan, tetapi sebelum permulaan persalinan (Hacker, 2004). Kematian janin dalam rahim dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu faktor ibu, faktor janin, dan faktor kelainan tali pusat. Faktor ibu meliputi umur, paritas, pemeriksaan

antenatal, dan penyakit/penyulit kehamilan yang diderita oleh ibu (anemia, pre-eklampsia dan eklampsia, solusio plasenta, diabetes melitus, rhesus iso-imunisasi, infeksi dalam kehamilan, ketuban pecah dini, dan letak lintang). Faktor janin yaitu kelainan kongenital, dan infeksi intranatal). Faktor kelainan tali pusat yaitu kelainan insersi tali pusat, simpul tali pusat, dan lilitan tali pusat (Wiknjosastro, 2005)

Oleh karena itu, masalah kematian janin dalam rahim merupakan masalah yang penting karena menyangkut kualitas hidup suatu generasi dan dalam mengukur derajat kesehatan di Indonesia sehingga upaya pemecahan masalah perlu dilakukan melalui suatu penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kematian janin dalam rahim. Namun pada penelitian ini, peneliti memfokuskan pada faktor ibu saja karena keterbatasan waktu, kesulitan mendapatkan data mengenai faktor janin dan faktor tali pusat dan untuk mempersempit variabel yang akan diteliti sehingga memudahkan peneliti dalam penelitiannya sebagai peneliti pemula.

Angka kematian janin dalam rahim dapat diturunkan melalui pengawasan antenatal pada semua ibu hamil dengan menemukan dan mendeteksi dini faktor-faktor yang mempengaruhi keselamatan janin dan neonatus. Selain melakukan pengawasan pada ibu hamil, untuk menurunkan angka kematian perinatal dapat dilakukan dengan memperbaiki keadaan sosial dan ekonomi, perbaikan kesehatan ibu, memperbaiki teknik diagnosis gawat janin, memperbaiki sarana pelayanan kesehatan, dan pencegahan infeksi secara sungguh-sungguh (Wiknjosastro, 2005).

Hal ini sesuai dengan firman Allah SWT yang berbunyi :

إِنَّ اللَّهَ عِنْدَهُ عِلْمُ السَّاعَةِ وَيُنَزِّلُ الْغَيْثَ وَيَعْلَمُ مَا فِي الْأَرْحَامِ وَمَا تَدْرِي
نَفْسٌ مَّاذَا تَكْسِبُ غَدًا وَمَا تَدْرِي نَفْسٌ بِأَيِّ أَرْضٍ تَمُوتُ إِنَّ اللَّهَ عَلِيمٌ
خَبِيرٌ

Terjemahnya :

“Sesungguhnya Allah, hanya pada sisi-Nya sajalah pengetahuan tentang hari Kiamat; dan Dia-lah yang menurunkan hujan, dan mengetahui apa yang ada dalam rahim. dan tiada seorangpun yang dapat mengetahui (dengan pasti) apa yang akan diusahakannya besok. dan tiada seorangpun yang dapat mengetahui di bumi mana Dia akan mati. Sesungguhnya Allah Maha mengetahui lagi Maha Mengenal. (QS. Luqman/31 : 34)

Maksud dari kata “besok” adalah manusia itu tidak dapat mengetahui dengan pasti apa yang akan diusahakannya besok atau yang akan diperolehnya, Namun demikian mereka diwajibkan berusaha.

Ayat diatas menjelaskan bahwa hanya Allah sajalah yang mengetahui kapan datangnya Hari Kiamat, tidak seorangpun yang mengetahui selain Dia, kendatipun malaikat, sedang malaikat itu adalah makhluk yang paling dekat dengan-Nya, dan tidak pula diketahui oleh para Nabi yang diutus. Allah sendirilah yang menurunkan hujan, Dialah yang menetapkan kapan, dimana dan berapa banyak yang akan dicurahkan Nya, maka ketetapan Nya itu tidak seorangpun yang mengetahuinya. Para ahli astronomi dan ahli meteorology (ilmu cuaca), dapat meramalkan terjadinya gerhana matahari atau gerhana bulan, dan kapan serta dimana akan turun hujan, berdasarkan ilmu hisab dan tanda-tanda. Akan tetapi itu adalah perhitungan dan perkiraan manusia yang

tidak mengakibatkan pengertian yang meyakinkan, hanyalah bersifat ramalan, mereka tidak dapat memastikan.

Hanya Allah saja yang dapat mengetahui dengan pasti apa yang ada dalam suatu kandungan, apakah cacat atau sempurna, dan kapan ia akan dilahirkan. Hanya Dia pula yang mengetahui dengan pasti apa yang akan dikerjakan oleh seseorang esok harinya. Sekalipun manusia dapat merencanakan apa yang akan dikerjakan itu, namun semuanya itu hanyalah bersifat rencana saja. Jika Allah menghendaki terlaksananya, terlaksanalah dia, dalam pada itu tidak sukar bagi Allah untuk menghalangi terlaksananya. Seseorang tidak mengetahui dimana ia akan meninggal dunia nanti. Apakah didaratan atau dilautan ataupun di udara, apakah dinegeri ini atau dinegeri itu. Hanya Allah saja yang dapat mengetahuinya dengan pasti. (Syaiikh Shafiyyurahman al-Mubarakfuri, 2010)

Berdasarkan uraian di atas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR) di RSKD Ibu Dan Anak Siti Fatimah Makassar yang difokuskan pada faktor ibu.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan diatas, maka penulis merumuskan masalah penelitian yaitu apakah faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR) di Rumah Sakit Khusus Daerah Ibu Dan Anak Siti Fatimah Makassar ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketuinya faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR) di RSKD Ibu Dan Anak Siti Fatimah Makassar.

2. Tujuan khusus

- a. Diketuinya hubungan umur ibu dengan kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR).
- b. Diketuinya hubungan paritas dengan kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR).
- c. Diketuinya hubungan pemeriksaan antenatal dengan kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR).
- d. Diketuinya hubungan penyakit/penyulit kehamilan yang diderita ibu (anemia, pre eklamsia dan eklamsia, solusio plasenta, diabetes mellitus, rhesus iso-imunisasi, infeksi dalam kehamilan, ketuban pecah dini, dan letak lintang) dengan kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR).

D. Manfaat Penelitian

Informasi tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR) diharapkan dapat bermanfaat bagi :

1. Institusi Rumah Sakit Khusus Daerah Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan informasi dan pertimbangan yang dapat membantu tenaga kesehatan dalam mengetahui faktor-faktor yang dapat menyebabkan kematian janin dalam rahim dan

dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, khususnya deteksi dini dengan penanganan kasus kematian janin dalam rahim.

2. Institusi UIN Alauddin Makassar Fakultas Ilmu Kesehatan

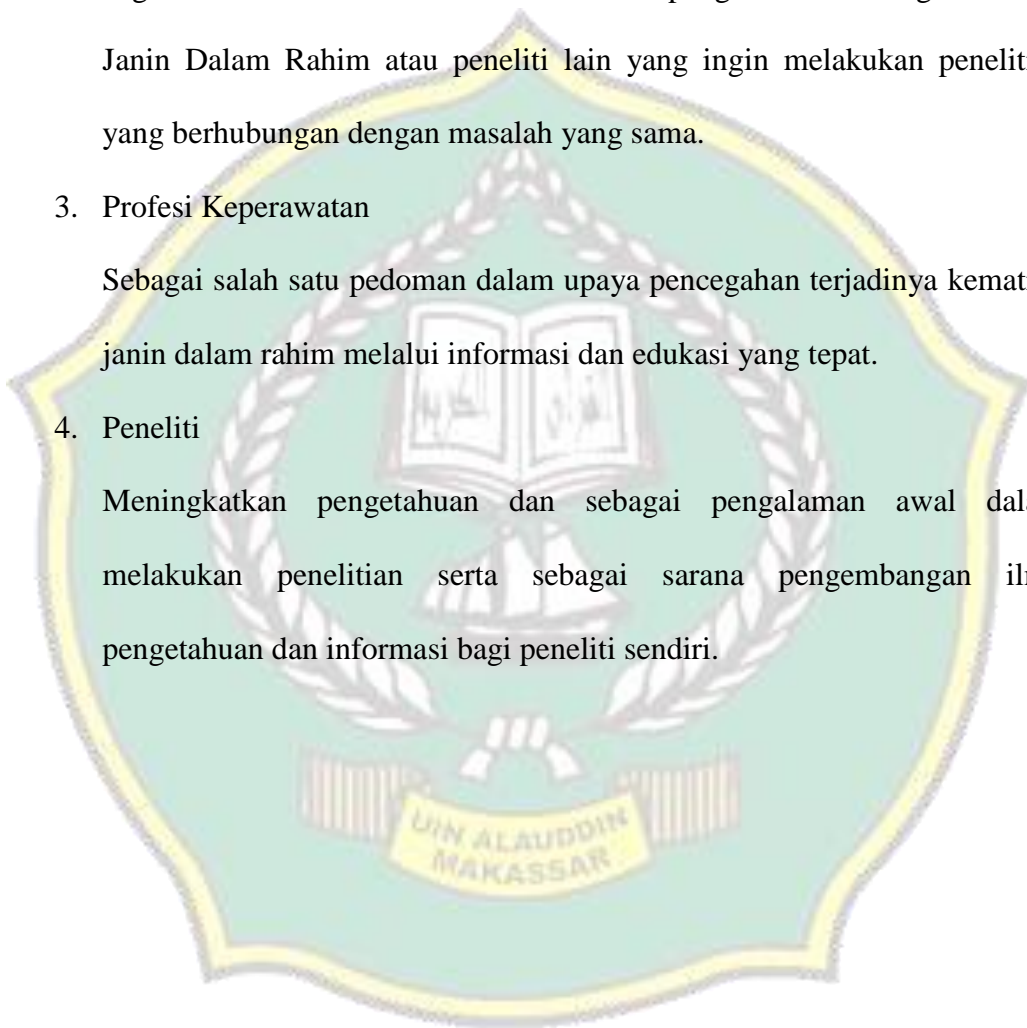
Sebagai pengembangan ilmu pengetahuan dan sebagai bahan masukan bagi mahasiswa untuk menambah wawasan pengetahuan tentang Kematian Janin Dalam Rahim atau peneliti lain yang ingin melakukan penelitian yang berhubungan dengan masalah yang sama.

3. Profesi Keperawatan

Sebagai salah satu pedoman dalam upaya pencegahan terjadinya kematian janin dalam rahim melalui informasi dan edukasi yang tepat.

4. Peneliti

Meningkatkan pengetahuan dan sebagai pengalaman awal dalam melakukan penelitian serta sebagai sarana pengembangan ilmu pengetahuan dan informasi bagi peneliti sendiri.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Kematian Janin Dalam Rahim

1. Pengertian

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 trimester yaitu trimester pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, trimester kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, trimester ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan. (Wiknjosastro, 2006)

Hal ini sesuai dengan sabda Rasulullah yang berbunyi :

“Sesungguhnya penciptaan kalian diawali dari bentuk nutfah selama empat puluh hari dalam perut ibu, kemudian menjadi ‘alaqah, kemudian menjadi mudghah, Kemudian Allah mengutus malaikat agar meniupkan ruh kepadanya dan ditetapkan baginya empat hal, rezekinya, ajalnya, amal perbuatannya dan kehidupannya apakah bahagia atau celaka.” (HR. Bukhari dan Muslim dari Abdullah bin Mas'ud Radhiyallahu 'anhu).

Ayat Al-Qur'an yang sesuai dengan penjelasan diatas adalah firman Allah SWT. yang berbunyi :

أَلَمْ نَخْلُقْكُمْ مِنْ مَّاءٍ مَّهِينٍ ﴿٢٠﴾ فَجَعَلْنَاهُ فِي قَرَارٍ مَّكِينٍ ﴿٢١﴾

Terjemahnya :

- 20. Bukankah Kami menciptakan kamu dari air yang lemah?
 - 21. Kemudian Kami letakkan Dia dalam tempat yang kokoh (rahim).
- (QS. Al-Mursalaat/77 : 20-21)

Yang dimaksud dengan air yang lemah ialah air mani.

Ayat-ayat diatas mengingatkan tentang kelemahan manusia dan bagaimana makhluk ini benar-benar berada dalam kendali-Nya sejak awal hingga akhir hayatnya. Kata *mahiin* terambil dari kata *mahuna* yang sedikit, lemah atau remeh. Kata ini bukan terambil dari kata *haana* yang berarti *hina*. Sperma sendiri bukanlah sesuatu yang hina. Ia bukan najis dalam pandangan Imam Syafi'i. Keremehan adalah dalam pandangan manusia karena melihat kadarnya yang demikian sedikit. Al-Qur'an, ketika menyifatnya dengan *mahiin*, bukan bermaksud menggambarkan kehinaan asal kejadian manusia itu, tetapi merujuk kepada pandangan kadarnya yang begitu sedikit. Karena itu, banyak ulama menggarisbawahi bahwa kata tersebut bukan terambil dari kata *haana* agar lebih menghilangkan kesan keliru. (Quraish Shihab, 2002)

Firman Allah SWT. yang berbunyi :

خَلَقَكُمْ مِنْ نَفْسٍ وَاحِدَةٍ ثُمَّ جَعَلَ مِنْهَا زَوْجَهَا وَأَنْزَلَ لَكُمْ مِنَ الْأَنْعَامِ
ثَمَنِيَةَ أَزْوَاجٍ ۖ تَخْلُقُكُمْ فِي بُطُونِ أُمَّهَاتِكُمْ خَلْقًا مِّنْ بَعْدِ خَلْقٍ فِي
ظُلُمَاتٍ ثَلَاثٍ ۚ ذَلِكُمْ اللَّهُ رَبُّكُمْ لَهُ الْمُلْكُ لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ فَأَنَّى تُصَرِّفُونَ



Terjemahnya :

“Dia menciptakan kamu dari seorang diri kemudian Dia jadikan daripadanya isterinya dan Dia menurunkan untuk kamu delapan ekor yang berpasangan dari binatang ternak. Dia menjadikan kamu dalam perut ibumu kejadian demi kejadian dalam tiga kegelapan. yang (berbuat) demikian itu adalah Allah, Tuhan kamu, Tuhan yang mempunyai kerajaan. tidak ada Tuhan selain dia; Maka bagaimana kamu dapat dipalingkan?” (QS. Az-Zumar/39 : 6)

Yang dimaksud dengan tiga kegelapan itu ialah kegelapan dalam perut, kegelapan dalam rahim, dan kegelapan dalam selaput yang menutup anak dalam rahim.

Ayat diatas menjelaskan bahwa ovum berada pada pada salah satu indung telur wanita. Ketika mencapai puncak kematangannya, ovum akan keluar dari dalam indung telur untuk kemudian ditangkap oleh salah satu tabung valub. Di dalam saluran valub itu, ovum kemudian berjalan menuju rahim dan baru akan sampai ke rahim setelah beberapa hari. Pada masa berjalan menuju rahim itulah ovum dibuahi oleh sperma laki-laki. Mulailah setelah itu masa perkembangannya. Fase selanjutnya dialami janin didalam rahim, dimana janin dilapisi oleh dua pembalut, *charlon* yang turun membantu membentuk plasenta dan *amnion* yang langsung melapisi janin. (Quraish Shihab, 2002)

Menurut penulis tiga fase kegelapan yang dialami pada penciptaan manusia yaitu pertama pada saat bertemunya sel ovum dan sel sperma di *Tuba Fallopi*, fase kedua pada saat sel ovum dan sel sperma yang telah bersatu menempel pada dinding rahim, dan fase ketiga yaitu pada saat janin ditutupi oleh plasenta.

Kematian janin dalam rahim adalah terjadinya kematian janin ketika masih berada dalam rahim yang berat janin 500 gram atau lebih atau usia kehamilan 20 minggu atau lebih kemudian lahir mati. (Varney, 2006)

Kematian janin dalam rahim adalah kematian janin ketika masing-masing berada dalam rahim yang beratnya 500 gram dan usia kehamilan 20 minggu atau lebih. (Achadiat, 2004)

Kematian Janin Dalam Rahim (KJDR) disebut Intra Uterin Fetal Death (IUFD), yakni kematian yang terjadi saat usia kehamilan lebih dari 20 minggu atau pada trimester kedua. Jika terjadi pada trimester pertama atau kegagalan kehamilan sebelum janin cukup pertumbuhannya dengan usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram disebut keguguran atau abortus. (Mochtar, 2004)

Penjelasan diatas sesuai dengan firman Allah SWT. yang berbunyi :

هُوَ الَّذِي يُصَوِّرُكُمْ فِي الْأَرْحَامِ كَيْفَ يَشَاءُ ۚ لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ الْعَزِيزُ
الْحَكِيمُ

Terjemahnya :

“Dialah yang membentuk kamu dalam rahim sebagaimana dikehendaki-Nya. tak ada Tuhan (yang berhak disembah) melainkan Dia, yang Maha Perkasa lagi Maha Bijaksana.” (QS. Al-Imran/3 : 6)

Ayat diatas menjelaskan bahwa Allah swt. adalah Pencipta. Dia mengukur ciptaan-Nya, kemudian memisahkan sebagian ciptaan itu dari yang lain, kemudian membentuknya, yakni memeberinya rupa, membentuk cara dan substansi bagi sesuatu sesuai dengan fungsi yang dikehendaki-Nya.

Pembentukan manusia bermula di dalam rahim, sejak pertemuan sel sperma dan ovum. Allah menetapkan hukum-hukum yang mengatur pembentukan tersebut melalui gen sehingga jenis manusia berbeda-beda

dengan makhluk lainnya. Pembentukan itu *sebagaimana yang dikehendaki-Nya*. (Quraish Shihab, 2002)

Kematian janin dalam rahim adalah kematian hasil konsepsi sebelum dikeluarkan dengan sempurna dari ibunya tanpa memandang tuanya kehamilan. Kematian dinilai dengan fakta bahwa sesudah dipisahkan dari ibunya janin tidak bernafas atau tidak menunjukkan tanda-tanda kehidupan, seperti denyut jantung, pulsasi tali pusat, atau kontraksi otot. (Monintja, 2005)

Al-Qur'an juga menjelaskan adanya kematian sebelum mencapai dewasa sesuai dengan firman Allah SWT yang berbunyi :

هُوَ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ تُرَابٍ ثُمَّ مِنْ نُطْفَةٍ ثُمَّ مِنْ عَلَقَةٍ ثُمَّ يُخْرِجُكُمْ
طِفْلًا ثُمَّ لِيَبْلُغُوا أَشَدَّكُمْ ثُمَّ لِيَكونُوا شُيُوخًا وَمِنْكُمْ مَنْ يُتَوَفَّى مِنْ قَبْلُ
وَلِيَبْلُغُوا أَجَلَ مُّسَمًّى وَلَعَلَّكُمْ تَعْقِلُونَ ﴿٦٧﴾

Terjemahnya :

“Dia-lah yang menciptakan kamu dari tanah kemudian dari setetes mani, sesudah itu dari segumpal darah, kemudian dilahirkannya kamu sebagai seorang anak, kemudian (kamu dibiarkan hidup) supaya kamu sampai kepada masa (dewasa), kemudian (dibiarkan kamu hidup lagi) sampai tua, di antara kamu ada yang diwafatkan sebelum itu. (kami perbuat demikian) supaya kamu sampai kepada ajal yang ditentukan dan supaya kamu memahami(nya)”. (QS. Al-Mu'min/40 : 67)

Ayat diatas menerangkan bahwa yang dimaksud dengan Allah menjadikan manusia dari tanah ialah Allah menjadikan manusia dari sari pati yang berasal dari tanah. Seorang bapak dan seorang ibu memakan makanan yang berasal dari tanah, dari binatang ternak, dan tumbuh-

tumbuhan. Binatang ternak memakan tumbuh-tumbuhan dan berkembang dengan menggunakan zat-zat yang berasal dari tanah. Makanan yang dimakan oleh ibu atau bapak itu merupakan sumber utama untuk membentuk sel telur atau sperma. Sel telur ibu bertemu dengan sperma bapak dalam rahim ibu, sehingga menjadi segumpal darah dan seterusnya.

Allah lalu menerangkan bahwa manusia yang diciptakan-Nya dari tanah itu mengalami hidup dalam tiga masa yaitu :

1. Masa kanak-kanak
2. Masa dewasa
3. Masa tua.

Diantara manusia ada yang diwafatkan Allah pada masa kanak-kanak, ada pula pada masa dewasa, dan ada yang diwafatkan setelah berusia lanjut usia. Ketentuan kapan seorang manusia meninggal itu berada ditangan Allah semata. (Departemen Agama RI, 2007)

Menurut WHO, kematian janin adalah kematian janin pada waktu lahir dengan berat badan <1000 gram. Menurut Wiknjosastro (2005) dalam buku Ilmu Kebidanan, kematian janin dapat dibagi dalam 4 golongan yaitu :

- a. Golongan I : Kematian sebelum masa kehamilan mencapai 20 minggu penuh.
- b. Golongan II : Kematian sesudah ibu hamil 20 hingga 28 minggu.
- c. Golongan III : Kematian sesudah masa kehamilan lebih 28 minggu (*late foetal death*)

- d. Golongan IV : Kematian yang tidak dapat digolongkan pada ketiga golongan di atas.

2. Etiologi

Menurut Mochtar (2004), lebih dari 50 persen kasus, etiologi kematian janin dalam rahim tidak ditemukan atau belum diketahui penyebabnya dengan pasti. Beberapa penyebab yang bisa mengakibatkan kematian janin dalam rahim, antara lain :

- a. Perdarahan : plasenta previa dan solusio plasenta.
- b. Preeklampsia dan eklampsia
- c. Penyakit-penyakit kelainan darah.
- d. Penyakit infeksi dan penyakit menular
- e. Penyakit saluran kencing
- f. Penyakit endokrin: diabetes mellitus
- g. Malnutrisi

3. Diagnosis

a. Anamnesis

- 1.) Ibu tidak merasakan gerakan janin dalam beberapa hari, atau gerakan janin sangat berkurang.
- 2.) Ibu merasakan perutnya tidak bertambah besar, bahkan bertambah kecil atau kehamilan tidak seperti biasa.
- 3.) Ibu merasakan belakangan ini perutnya sering menjadi keras dan merasa sakit-sakit seperti mau melahirkan.

b. Inspeksi

Tidak kelihatan gerakan-gerakan janin, yang biasanya dapat terlihat terutama pada ibu yang kurus.

c. Palpasi

1.) Tinggi fundus lebih rendah dari seharusnya tua kehamilan, tidak teraba gerakan-gerakan janin.

2.) Dengan palpasi yang teliti, dapat dirasakan adanya krepitasi pada tulang kepala janin.

d. Auskultasi

Baik memakai stetoskop, monoral maupun dengan doptone tidak terdengar denyut jantung janin (DJJ)

e. Reaksi kehamilan

Reaksi kehamilan baru negatif setelah beberapa minggu janin mati dalam rahim.

4. Pemeriksaan Penunjang

a. Ultrasonografi

Tidak ditemukan DJJ (Denyut Jantung Janin) maupun gerakan janin, seringkali tulang-tulang letaknya tidak teratur, khususnya tulang tengkorak sering dijumpai overlapping cairan ketuban berkurang.

b. Rontgen foto abdomen

1.) Tanda Spalding

Tanda Spalding menunjukkan adanya tulang tengkorak yang saling tumpang tindih (*overlapping*) karena otak bayi yang sudah

mencair, hal ini terjadi setelah bayi meninggal beberapa hari dalam rahim.

2.) Tanda Nojosk

Tanda ini menunjukkan tulang belakang janin yang saling melenting (hiperpleksi).

3.) Tampak gambaran gas pada jantung dan pembuluh darah.

4.) Tampak edema di sekitar tulang kepala

c. Pemeriksaan darah lengkap, jika dimungkinkan kadar fibrinogen.

(Achadiat 2004)

5. Penanganan Kematian Janin Dalam Rahim

a. Penanganan Pasif

1) Menunggu persalinan spontan dalam waktu 2-4 minggu

2) Pemeriksaan kadar fibrinogen setiap minggu

b. Penanganan Aktif

1) Untuk rahim yang usianya 12 minggu atau kurang dapat dilakukan dilatasi atau kuretase.

2) Untuk rahim yang usia lebih dari 12 minggu, dilakukan induksi persalinan dengan oksitosin. Untuk oksitosin diperlukan pembukaan serviks dengan pemasangan kateter foley intra uterus selama 24 jam (Achdiat, 2004)

B. Tinjauan Variabel Yang Diteliti

Menurut Wiknjosastro dalam buku *Ilmu Kebidanan* tahun 2005, kematian janin dalam rahim dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu faktor ibu, faktor janin dan faktor kelainan tali pusat. Faktor ibu meliputi umur, paritas, pemeriksaan antenatal, dan penyakit/penyulit kehamilan yang diderita oleh ibu (anemia, pre eklamsia dan eklamsia, solusio plasenta, diabetes mellitus, rhesus isi-imunisasi, infeksi dalam kehamilan, ketuban pecah dini dan letak lintang). Faktor janin yaitu kelainan kongenital dan infeksi intranatal. Faktor kelainan tali pusat yaitu insersi tali pusat, simpul tali pusat, dan lilitan tali pusat. Pada penelitian ini, peneliti memfokuskan faktor ibu sebagai variabel yang diteliti.

1. Faktor Ibu

a. Umur

Umur adalah lama waktu hidup atau ada sejak dilahirkan atau diadakan. Umur yang paling baik dan aman bagi seorang wanita untuk hamil dan melahirkan adalah 20-35 tahun. (BKKBN, 2008)

Bertambahnya usia ibu, maka terjadi juga perubahan perkembangan dari organ-organ tubuh terutama organ reproduksi dan perubahan emosi atau kejiwaan seorang ibu. Hal ini dapat mempengaruhi kehamilan yang tidak secara langsung dapat mempengaruhi kehidupan janin dalam rahim. (Wiknjosastro, 2005).

Bertambahnya usia pada wanita mengakibatkan semakin berkurangnya jumlah sel telur, usia diatas 35 tahun juga berpengaruh

terhadap kemampuan rahim untuk menerima bakal janin atau embrio. Ibu hamil berumur 35 tahun atau lebih, dimana pada usia tersebut terjadi perubahan pada jaringan alat-alat rahim dan jalan lahir tidak lentur lagi. Selain itu, ada kecenderungan didapatkan penyakit lain didalam tubuh.

Umur dibawah 20 tahun atau terlalu muda secara fisik, kondisi rahim dan panggul belum optimal sehingga dapat mengakibatkan risiko kesakitan dan kematian pada kehamilan, persalinan dan nifas serta bayinya.

Dalam kurun waktu reproduksi sehat ini sebagian besar wanita dapat menjalani masa kehamilan, persalinan, dan nifas dalam kondisi yang optimal sehingga ibu dan bayinya dalam keadaan sehat. Dengan kata lain, angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas) ibu dan bayi yang terjadi akibat kehamilan dan persalinan kelompok usia tersebut paling rendah dibandingkan dengan kelompok usia lainnya. (BKKBN,2008)

Selain itu, kehamilan remaja maupun kehamilan yang dialami oleh wanita berusia lebih dari 35 tahun, terutama primipara mempunyai risiko yang meningkat akan terjadinya retardasi pertumbuhan dalam rahim, gawat janin, dan kematian intrauterine. (Richard, 2003)

b. Paritas

Paritas adalah jumlah persalinan yang pernah dialami oleh seorang ibu baik lahir hidup maupun lahir mati. Jumlah persalinan yang

menghasilkan janin hidup, bukan jumlah janin yang dilahirkan dengan berat badan > 500 gram atau umur kehamilan \geq 22 minggu. (Bobak, 2004)

Paritas terdiri atas 3 kelompok yaitu : (1) Golongan primipara adalah golongan ibu dengan 0-1 paritas, (2) Golongan multipara adalah golongan ibu dengan paritas 2-6 dan (3) Golongan grande multipara adalah golongan ibu dengan paritas > 6. (martaadisoebrata, 2005)

Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian ibu dan perinatal. (Wiknjosastro, 2005). Banyak studi yang menunjukkan bahwa kehamilan kedua dan ketiga adalah tidak paling menyulitkan, sedang komplikasi meningkat setelah anak ketiga. (Djaja, 2008)

Ibu hamil yang telah melahirkan lebih dari 5 kali atau grandemultipara, mempunyai risiko tinggi dalam kehamilan seperti hipertensi, plasenta previa, dan lain-lain yang akan dapat mengakibatkan kematian janin. (Saifuddin, 2003)

c. Pemeriksaan Antenatal

Setiap wanita hamil menghadapi risiko komplikasi yang mengancam jiwa, oleh karena itu, setiap wanita hamil memerlukan sedikitnya 4 kali kunjungan selama periode antenatal.

1.) Satu kali kunjungan selama trimester pertama (umur kehamilan 1-3 bulan)

2.) Satu kali kunjungan selama trimester kedua (umur kehamilan 4-6 bulan).

3.) Dua kali kunjungan selama trimester ketiga (umur kehamilan 7-9 bulan).

Pemeriksaan antenatal yang teratur dan sedini mungkin pada seorang wanita hamil penting sekali sehingga kelainan-kelainan yang mungkin terdapat pada ibu hamil dapat diobati dan ditangani dengan segera.

Pemeriksaan antenatal yang baik minimal 4 kali selama kehamilan dapat mencegah terjadinya kematian janin dalam rahim berguna untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan dalam rahim, hal ini dapat dilihat melalui tinggi fundus uteri dan terdengar atau tidaknya denyut jantung janin. (Saifuddin, 2003)

d. Penyulit / Penyakit

1.) Anemia

Hasil konsepsi seperti janin, plasenta dan darah membutuhkan zat besi dalam jumlah besar untuk pembuatan butir-butir darah pertumbuhannya, yaitu sebanyak berat zat besi. Jumlah ini merupakan 1/10 dari seluruh zat besi dalam tubuh. Terjadinya anemia dalam kehamilan bergantung dari jumlah persediaan zat besi dalam hati, limpa dan sumsum tulang.

Selama masih mempunyai cukup persediaan zat besi, Hb tidak akan turun dan bila persediaan ini habis, Hb akan turun. Ini

terjadi pada bulan kelima sampai bulan keenam kehamilan, pada waktu janin membutuhkan banyak zat besi. Bila terjadi anemia, pengaruhnya terhadap hasil konsepsi salah satunya adalah kematian janin dalam rahim (Mochtar, 2004).

Menurut Manuaba (2003), pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat sahli, dapat digolongkan sebagai berikut :

- a. Normal : 11 gr%
- b. Anemia ringan : 9-10 gr%
- c. Anemia sedang : 7-8 gr%
- d. Anemia berat : <7 gr%.

2.) Pre-eklamsi dan eklamsi

Pada pre-eklamsi terjadi spasme pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. Jika semua arteriola dalam tubuh mengalami spasme, maka tekanan darah akan naik, sebagai usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigen jaringan dapat dicukupi. Maka aliran darah menurun ke plasenta dan menyebabkan gangguan pertumbuhan janin dan karena kekurangan oksigen terjadi gawat janin. (Mochtar, 2004)

3.) Solusio plasenta

Solusio plasenta adalah suatu keadaan dimana plasenta yang letaknya normal terlepas dari perlekatannya sebelum janin lahir. Solusio plasenta dapat terjadi akibat turunnya darah secara tiba-tiba

oleh spasme dari arteri yang menuju ke ruang intervillare maka terjadilah anoksemia dari jaringan bagian distalnya. Sebelum ini terjadi nekrosis, spasme hilang darah kembali mengalir ke dalam intervilli, namun pembuluh darah distal tadi sudah demikian rapuh, mudah pecah terjadinya hematoma yang lambat laun melepaskan plasenta dari rahim. Sehingga aliran darah ke janin melalui plasenta tidak ada dan terjadilah kematian janin. (Wiknjosastro, 2005)

4.) Diabetes Mellitus

Penyakit diabetes melitus merupakan penyakit keturunan dengan ciri-ciri kekurangan atau tidak terbentuknya insulin, akibat kadar gula dalam darah yang tinggi dan mempengaruhi metabolisme tubuh secara menyeluruh dan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin. Umumnya wanita penderita diabetes melahirkan bayi yang besar (makrosomia).

Makrosomia dapat terjadi karena glukosa dalam aliran darahnya, pankreas yang menghasilkan lebih banyak insulin untuk menanggulangi kadar gula yang tinggi. Glukosa berubah menjadi lemak dan bayi menjadi besar. Bayi besar atau makrosomia menimbulkan masalah sewaktu melahirkan dan kadang-kadang mati sebelum lahir. (Stridje, 2003)

5.) Rhesus Iso-Imunisasi

Jika orang berdarah rhesus negatif diberi darah rhesus positif, maka antigen rhesus akan membuat penerima darah membentuk antibodi antirhesus. Jika transfusi darah rhesus positif yang kedua diberikan, maka antibodi mencari dan menempel pada sel darah rhesus negatif dan memecahnya sehingga terjadi anemia ini disebut rhesus iso-imunisasi. Hal ini dapat terjadi begitu saja di awal kehamilan, tetapi perlahan-lahan sesuai perkembangan kehamilan. Dalam aliran darah, antibodi antihresus bertemu dengan sel darah merah rhesus positif normal dan menyelimuti sehingga pecah melepaskan zat bernama bilirubin, yang menumpuk dalam darah, dan sebagian dikeluarkan ke kantong ketuban bersama urine bayi. Jika banyak sel darah merah yang hancur maka bayi menjadi anemia sampai akhirnya mati. (Llewelyn, 2005)

6.) Infeksi dalam kehamilan

Kehamilan tidak mengubah daya tahan tubuh seorang ibu terhadap infeksi, namun keparahan setiap infeksi berhubungan dengan efeknya terhadap janin. Infeksi mempunyai efek langsung dan tidak langsung pada janin. Efek tidak langsung timbul karena mengurangi oksigen darah ke plasenta. Efek langsung tergantung pada kemampuan organisme penyebab menembus plasenta dan menginfeksi janin, sehingga dapat mengakibatkan kematian janin in utero. (Llewellyn, 2003)

7.) Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini merupakan penyebab terbesar persalinan prematur dan kematian janin dalam rahim. Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan, dan ditunggu satu jam belum dimulainya tanda persalinan. Kejadian ketuban pecah dini mendekati 10 persen semua persalinan. Pada umur kehamilan kurang dari 34 minggu, kejadiannya sekitar 4 persen.

Ketuban pecah dini menyebabkan hubungan langsung antara dunia luar dan ruangan dalam rahim, sehingga memudahkan terjadinya infeksi. Salah satu fungsi selaput ketuban adalah melindungi atau menjadi pembatas dunia luar dan ruangan dalam rahim sehingga mengurangi kemungkinan infeksi. Makin lama periode laten, makin besar kemungkinan infeksi dalam rahim, persalinan prematuritas dan selanjutnya meningkatkan kejadian kesakitan dan kematian ibu dan kematian janin dalam rahim. (Manuaba, 2003)

8.) Letak lintang

Letak lintang adalah suatu keadaan dimana janin melintang didalam uterus dengan kepala pada sisi yang satu sedangkan bokong berada pada sisi yang lain. Pada letak lintang dengan ukuran panggul normal dan cukup bulan, tidak dapat terjadi persalinan spontan. Bila persalinan dibiarkan tanpa pertolongan,

akan menyebabkan kematian janin. Bahu masuk ke dalam panggul sehingga rongga panggul seluruhnya terisi bahu dan bagian-bagian tubuh lainnya. Janin tidak dapat turun lebih lanjut dan terjepit dalam rongga panggul. Dalam usaha untuk mengeluarkan janin, segmen bawah uterus melebar serta menipis, sehingga batas antara dua bagian ini makin lama makin tinggi dan terjadi lingkaran retraksi patologik sehingga dapat mengakibatkan kematian janin. (Wiknjosastro, 2005)



BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep Penelitian

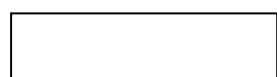
Kerangka konsep yang menggambarkan faktor ibu yang berhubungan dengan kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR) adalah sebagai berikut :

Variabel Independen :

Variabel Dependen :

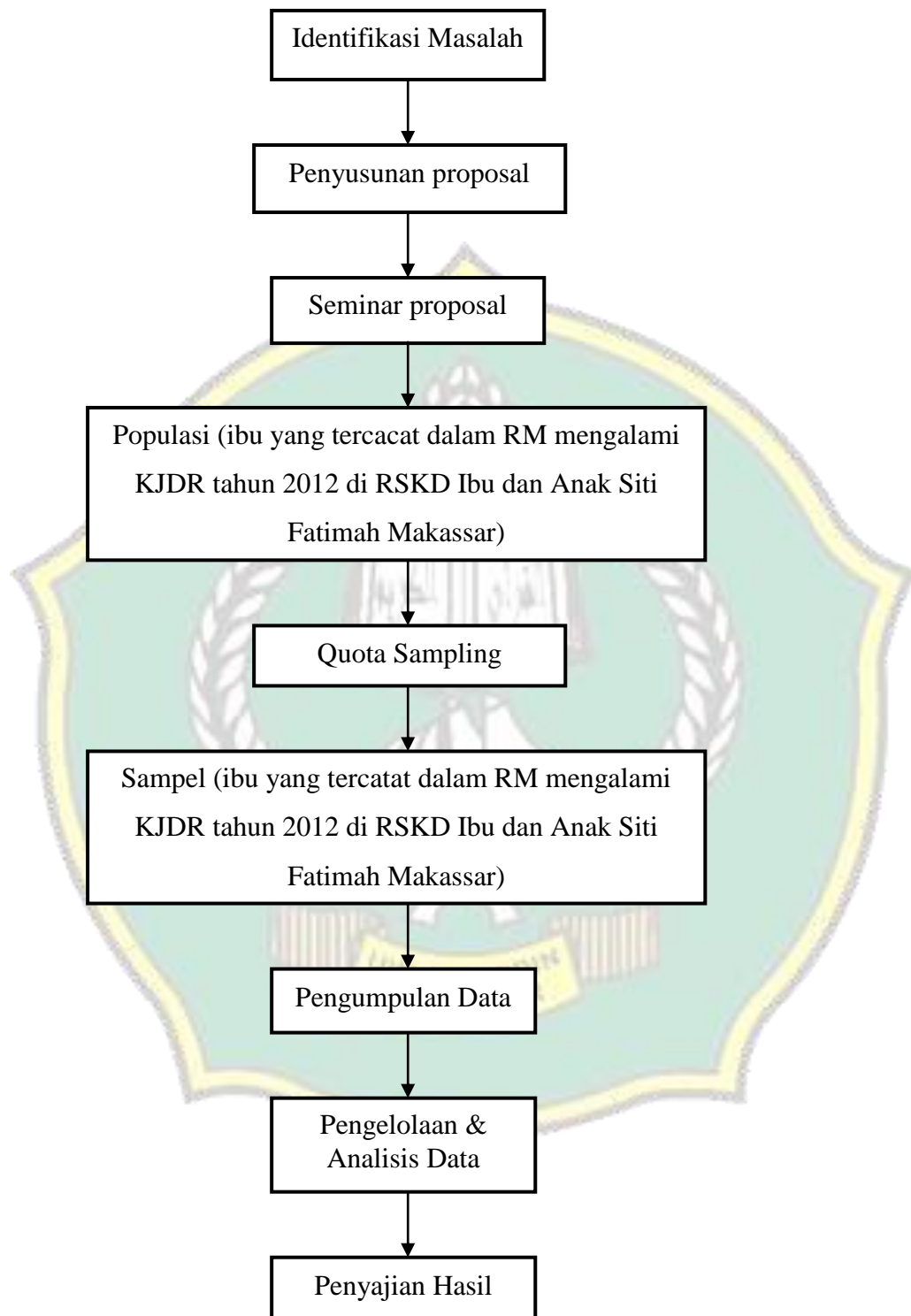


Keterangan:

 = variabel yang diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

B. Kerangka Kerja



Gambar 3.2 Kerangka Kerja

C. Hipotesis penelitian

Hipotesis nol (H_0) dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Tidak ada hubungan antara umur ibu dengan kejadian KJDR
2. Tidak ada hubungan antara paritas dengan kejadian KJDR
3. Tidak ada hubungan pemeriksaan antenatal dengan kejadian KJDR
4. Tidak ada hubungan penyakit/penyulit kehamilan yang diderita ibu (anemia, pre-eklamsia dan eklamsia, solusio plasenta, diabetes melitus, rhesus iso-imunisasi, infeksi dalam kehamilan, ketuban pecah dini, dan letak lintang) dengan kejadian KJDR.

Hipotesis alternatif (H_a) dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Ada hubungan antara umur ibu dengan kejadian KJDR
2. Ada hubungan antara paritas dengan kejadian KJDR
3. Ada hubungan antara pemeriksaan antenatal dengan kejadian KJDR
4. Ada hubungan antara penyakit/penyulit kehamilan yang diderita ibu (anemia, pre-eklamsia dan eklamsia, solusio plasenta, diabetes melitus, rhesus iso-imunisasi, infeksi dalam kehamilan, ketuban pecah dini, dan letak lintang) dengan kejadian KJDR.

D. Defenisi Operasional Dan Kriteria Objektif

Guna memperjelas dan mempermudah jalannya penelitian, maka di bawah ini peneliti akan merumuskan variabel penelitian kedalam defenisi operasional penelitian.

1. Kematian Janin Dalam Rahim

a. Defenisi operasional

Kematian janin dalam rahim yang dimaksud dalam penelitian ini adalah terjadinya kematian janin ketika masih berada dalam rahim yang berat janin 500 gram atau lebih atau usia kehamilan 20 minggu atau lebih kemudian lahir mati.

b. Kriteria objektif

1). KJDR : Bayi lahir mati dengan berat badan ≥ 500 gram dan usia kehamilan ≥ 20 minggu

2). Tidak KJDR : Bayi lahir hidup dengan berat badan ≥ 500 gram dan usia kehamilan ≥ 20 minggu

c. Alat ukur : Lembar Observasi

d. Skala ukur : Nominal

2. Umur Ibu

a. Defenisi operasional

Umur ibu dalam penelitian ini adalah umur ibu pada saat mengalami KJDR yang dinilai dalam tahun.

b. Kriteria objektif

1) Risiko : Bila umur ibu < 20 tahun atau > 35 tahun

2) Tidak berisiko : Bila umur ibu 20-35 tahun

- c. Alat ukur : Lembar Observasi
- d. Skala ukur : Rasio

3. Paritas

a. Defenisi operasional

Paritas yang dimaksud dalam penelitian ini adalah jumlah persalinan yang pernah dialami sebelumnya oleh ibu dan melahirkan bayi hidup atau mati.

b. Kriteria objektif

- 1) Risiko : Bila ibu dengan paritas > 3 kali
- 2) Tidak berisiko : Bila ibu dengan paritas ≤ 3 kali

- c. Alat ukur : Lembar Observasi
- d. Skala ukur : Ordinal

4. Pemeriksaan Antenatal

a. Definisi Operasional

Pemeriksaan Antenatal yang dimaksud peneliti disini adalah kunjungan ibu hamil selama periode antenatal (periode kehamilan).

b. Kriteria objektif

- 1) Risiko : Bila ibu dengan pemeriksaan < 4 kali
- 2) Tidak berisiko : Bila ibu dengan Pemeriksaan ≥ 4 kali

- c. Alat Ukur : Lembar Observasi
- d. Skala Ukur : Ordinal

5. Penyakit/penyulit kehamilan yang diderita oleh ibu

a. Definisi operasional

Penyakit/penyulit kehamilan yang diderita oleh ibu yaitu adanya kelainan yang derita oleh ibu pada saat kehamilan yaitu anemia, pre eklamsia dan eklamsia, solusio plasenta, diabetes melitus, Rhesus Iso-Imunisasi, Infeksi dalam kehamilan, ketuban pecah dini, letak lintang.

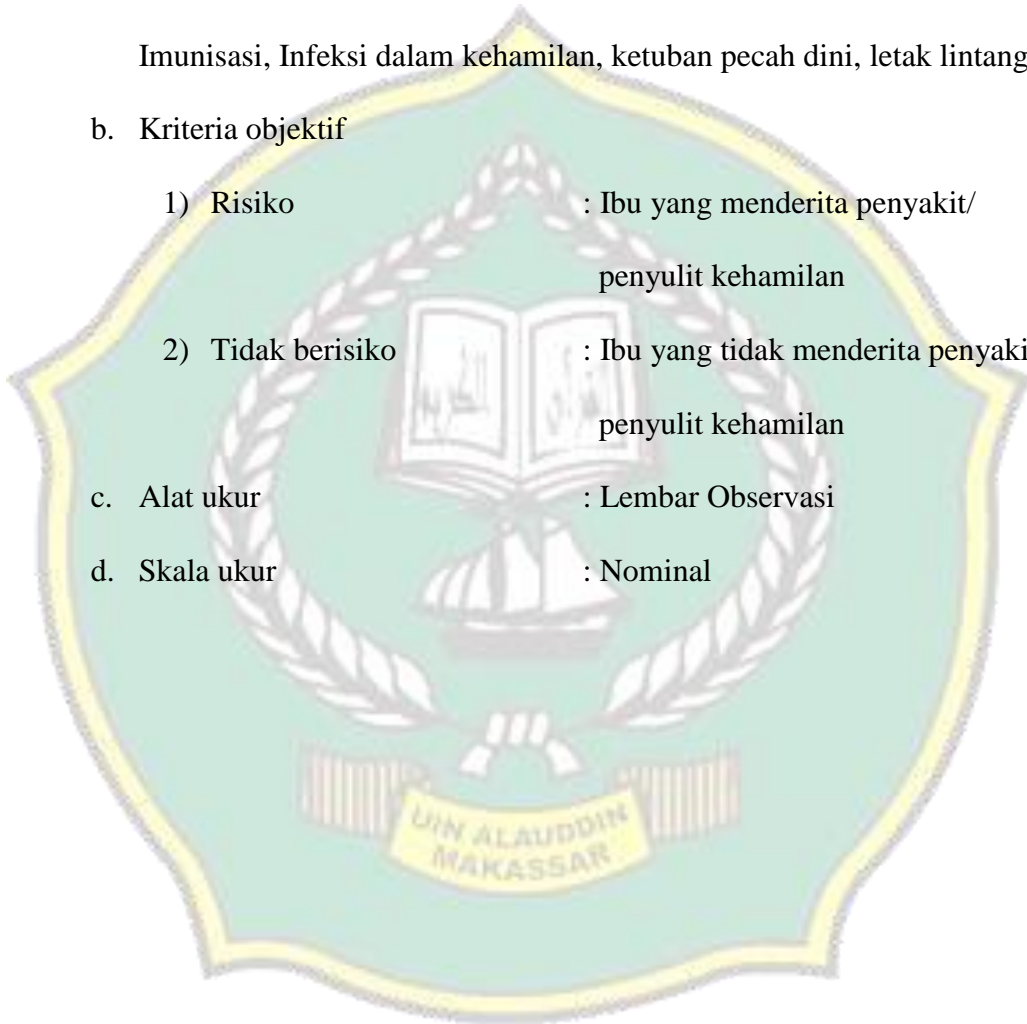
b. Kriteria objektif

1) Risiko : Ibu yang menderita penyakit/penyulit kehamilan

2) Tidak berisiko : Ibu yang tidak menderita penyakit/penyulit kehamilan

c. Alat ukur : Lembar Observasi

d. Skala ukur : Nominal



BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah jenis penelitian deskriptif menurut pendekatan "*Cross Sectional*" yaitu dimana data yang menyangkut variabel independen dan dependen diteliti dalam waktu yang bersamaan kemudian diolah dan dilakukan analisis, dengan metode pengumpulan data "*Exiting Statistcs/Documents*", dimana data yang menyangkut variabel independen dikumpulkan oleh pihak lain dengan alasan konseptual, alasan metodologi dan alasan biaya. (Prasetyo,2005; Tiro, 2009)

Data diambil dari ruang Rekam Medik Rumah Sakit Khusus Daerah Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar sesuai kebutuhan penelitian.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Khusus Daerah Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar.

2. Waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 1 Juni s/d 11 Juli 2013.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi selalu diartikan keseluruhan pengamatan secara individu tentang hal yang terdapat disuatu tempat atau paling tidak dalam sebuah

daerah pengumpulan khusus tertentu yang terbatas dalam ruang dan waktu (Tiro, 2008). Dalam penelitian ini populasinya adalah ibu yang tercatat dalam Rekam Medik tahun 2012 mengalami KJDR sebanyak 55 orang di Rumah Sakit Khusus Daerah Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi yang mana ciri-cirinya diselidiki atau diukur. (Kasjono, 2009). Dalam penelitian ini, yang dijadikan sampel adalah ibu yang tercatat dalam Rekam Medik mengalami KJDR pada tahun 2012 di RSKD Siti Fatimah Makassar yang dapat mewakili populasi berdasarkan teknik pengambilan sampel yang digunakan, jadi besar sampel adalah 48 orang.

D. Teknik Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan metode NonProbability Sampling dengan teknik *quota sampling* dimana memilih sampel dengan metode ini adalah sampling yang mencirikan lebih dahulu segala sesuatu yang berhubungan dengan pengambilan sampel, dengan demikian pengumpul data hanya mengumpulkan data mengenai yang telah dicirikan, akan tetapi pengambilan unit samplingnya oleh pengambil sampel dengan cara menentukan quota. (Kasjono, 2009)

Pada penelitian ini sampel yang diambil berdasarkan tabel 4.1 krejcie dan Morgan sampai mencukupi jumlah (quota) sampel yang diinginkan tanpa mengeksklusikan populasi.

Tabel 4.1 krejcie dan Morgan.
Besarnya sampel menurut besarnya populasi

Populasi	Sampel	Populasi	Sampel	Populasi	Sampel
5	5	220	140	1200	291
10	10	230	144	1300	297
15	14	240	148	1400	302
20	19	250	152	1500	306
25	24	260	155	1600	310
30	28	270	159	1700	313
35	32	280	162	1800	317
40	36	290	165	1900	320
45	40	300	169	2000	322
50	44	320	175	2200	327
55	48	340	181	2400	331
60	52	360	186	2600	335
65	56	380	191	2800	338
70	59	400	192	3000	341
75	63	420	196	3500	346
80	66	440	201	4000	351
85	70	460	205	4500	354
90	73	480	210	5000	357
95	76	484	214	6000	361
100	80	500	217	7000	364

110	86	550	226	8000	367
120	92	600	234	9000	368
130	97	650	242	10000	370
140	103	700	248	15000	375
150	108	750	254	20000	377
160	113	800	260	30000	379
170	118	850	265	40000	380
180	123	900	269	50000	381
190	127	950	274	75000	382
200	132	1000	278	100000	382
210	136	1110	285	1000000	384

Pada penelitian ini sampel yang digunakan adalah ibu yang tercatat dalam Rekam Medik tahun 2012 mengalami KJDR yang berada di ruang Rekam Medik pada waktu penelitian dan memenuhi kriteria sebagai berikut :

1) Kriteria inklusi

- a. Ibu yang tercatat dalam Rekam Medik tahun 2012 mengalami KJDR
- b. Ibu yang sudah menikah

2) Kriteria eksklusi

- a. Ibu yang tidak mengalami KJDR

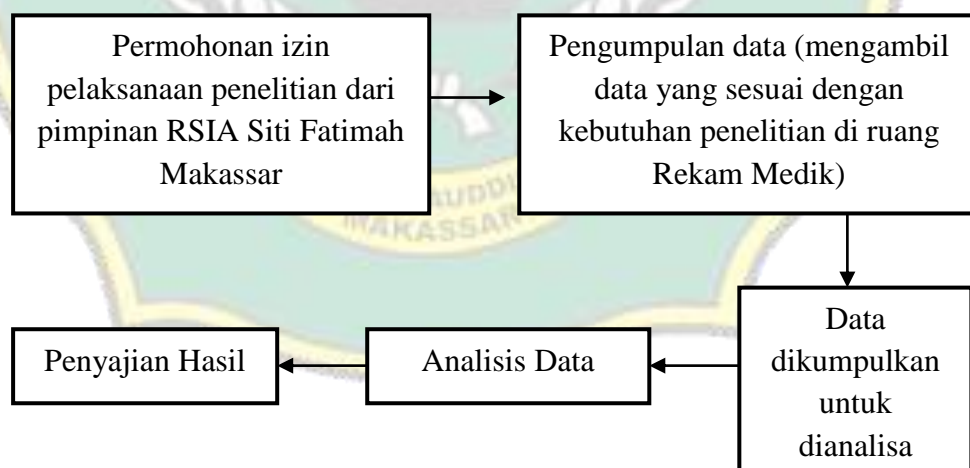
- b. Ibu yang tercatat dalam Rekam medik selain tahun 2012 mengalami KJDR.

E. Pengumpulan Data

1. Instrumen Penelitian.

Pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar observasi. Untuk mendapatkan informasi yang diinginkan yaitu umur ibu, paritas, pemeriksaan antenatal dan penyakit/penyulit kehamilan yang diderita ibu (anemia, pre eklamsia dan eklamsia, solusio plasenta, diabetes mellitus, rhesus iso-imunisasi, infeksi dalam kehamilan, ketuban pecah dini, dan letak lintang), peneliti menggunakan rekam medik sebagai data dan mengisi lembar observasi sesuai dengan kebutuhan peneliti.

2. Prosedur pengumpulan data



Gambar 4.1 Prosedur Pengumpulan Data

F. Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengolahan Data

Prosedur pengolahan data yang dilakukan adalah sebagai berikut :

a. Editing

Proses editing dilakukan setelah data terkumpul dan dilakukan dengan memeriksa kelengkapan data, memeriksa kesinambungan data dan memeriksa keseragaman data.

b. Koding

Dilakukan untuk memudahkan dalam pengolahan data, semua jawaban atau data perlu disederhanakan, yaitu memberi simbol-simbol tertentu untuk setiap jawaban (pengkodean). Pengkodean dilakukan dengan memberi nomor halaman daftar pertanyaan, nomor pertanyaan, nomor variabel dan kode.

c. Tabulasi Data

Dilakukan untuk memudahkan dalam pengolahan data kedalam suatu tabel menurut sifat-sifat yang dimiliki sesuai dengan tujuan penelitian, tabel mudah untuk dianalisa. Tabel tersebut dapat berupa tabel sederhana maupun tabel silang.

2. Analisa Data

Setelah data tersebut dilakukan editing, koding dan tabulasi maka selanjutnya dilakukan analisis sebagai berikut :

a. Analisis Univariat

Dilakukan terhadap tiap-tiap variabel dari hasil penelitian. Analisis ini menghasilkan distribusi dan persentaseanaa dari tiap-tiap variabel yang diteliti.

b. Analisis Bivariat

Analisa data ditujukan untuk menjawab tujuan penelitian dan menguji hipotesis penelitian untuk mengetahui adanya pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen dengan menggunakan uji statistik dengan tingkat kemaknaan (α) : 0,05. Uji statistik yang digunakan adalah chi-square, dengan menggunakan jasa komputer program SPSS.

G. Prosedur dan Etika Penelitian

1. Prosedur Penelitian

Pengumpulan data secara langsung oleh peneliti di Ruang Rekam Medik di Rumah Sakit Khusus Daerah Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar adalah melalui prosedur sebagai berikut :

- a. Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu mengajukan usulan atau proposal penelitian untuk mendapatkan rekomendasi dari Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar. Setelah mendapatkan rekomendasi, selanjutnya mengajukan izin pada pihak-pihak terkait dengan proses penelitian, dalam hal ini ditujukan kepada Direktur RSIA Siti Fatimah dan pihak partisipan tersebut untuk memperoleh izin operasional memulai pengumpulan data.

- b. Peneliti mengambil data yang sudah ada di ruang Rekam Medik sesuai dengan kebutuhan penelitian peneliti.

2. Etika Penelitian

Setelah mendapat persetujuan barulah dilakukan penelitian dengan menekan masalah etika penelitian yang meliputi :

a. Informed Consent

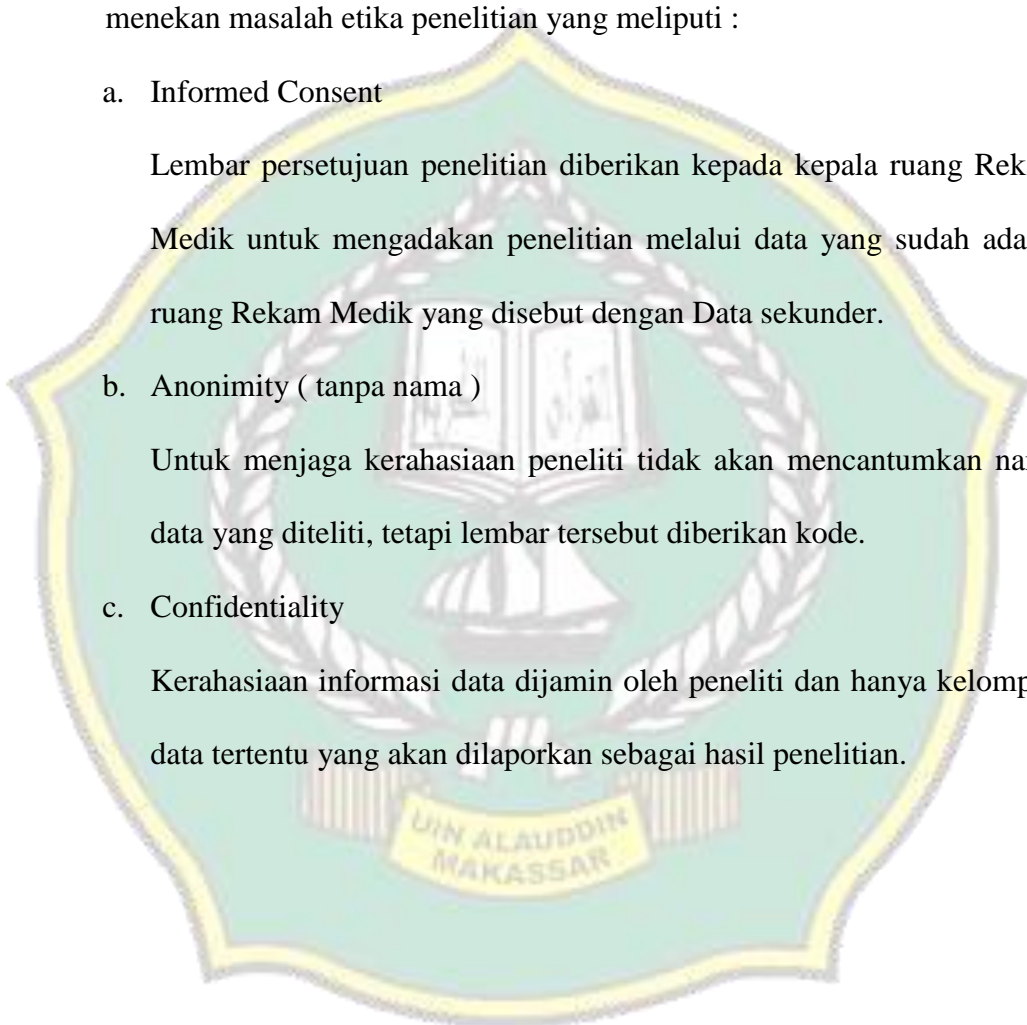
Lembar persetujuan penelitian diberikan kepada kepala ruang Rekam Medik untuk mengadakan penelitian melalui data yang sudah ada di ruang Rekam Medik yang disebut dengan Data sekunder.

b. Anonymity (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan peneliti tidak akan mencantumkan nama data yang diteliti, tetapi lembar tersebut diberikan kode.

c. Confidentiality

Kerahasiaan informasi data dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.



BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Khusus Daerah Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar mulai dari tanggal 1 Juni 2013 sampai dengan 11 Juli 2013. Pengambilan sampel dilakukan dengan Quota sampling. Banyaknya sampel yang digunakan sebanyak 48 orang.

Peneliti menggunakan data sekunder sebagai data, dimana data tersebut diambil dari buku status diruang Rekam Medik yang sesuai dengan kebutuhan peneliti. Data tersebut diolah melalui program komputer SPSS, dari hasil pengolahan data yang dilakukan, maka hasil penelitian dapat disajikan sebagai berikut :

1. Hasil Analisis Univariat

a. Distribusi frekuensi pada ibu berdasarkan umur

Distribusi frekuensi pada ibu berdasarkan umur dapat dilihat pada tabel 5.1 di bawah ini :

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Ibu Berdasarkan Umur di RSKD Ibu dan Anak
Siti Fatimah Makassar Bulan Juni Tahun 2013

Umur Ibu	Jumlah	Persentase (%)
Risiko	37	77,1
Tidak Risiko	11	22,9
Total	48	100

Sumber : Data Sekunder 2012

Pada Tabel 5.1 terlihat bahwa distribusi ibu berdasarkan umur di RSKD Ibu Dan Anak Siti Fatimah Makassar paling banyak adalah yang berumur risiko terhadap KJDR ($<20, >35$ tahun) sebanyak 37 ibu (77,1 %), sedangkan yang paling sedikit adalah usia tidak risiko (20-35 tahun) sebanyak 11 ibu (22,9%).

b. Distribusi frekuensi pada ibu berdasarkan pekerjaan

Distribusi frekuensi pada ibu berdasarkan pekerjaan dapat dilihat pada tabel 5.2 di bawah ini :

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Ibu Berdasarkan Pekerjaan di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar Bulan Juni Tahun 2013

Pekerjaan	Jumlah	Persentase (%)
IRT	46	95,8
PNS	0	0
Pegawai Swasta	1	2,1
Petani	0	0
Wiraswasta	1	2,1
Lain-Lain	0	0
Total	48	100

Sumber : Data Sekunder 2012

Pada Tabel 5.2 terlihat bahwa distribusi ibu berdasarkan pekerjaan di RSKD Ibu Dan Anak Siti Fatimah Makassar paling banyak adalah yang bekerja sebagai IRT sebanyak 46 ibu (95,8%), sedangkan yang paling sedikit adalah yang bekerja sebagai Pegawai Swasta dan Wiraswasta yang masing-masing sebanyak 1 ibu (2,1%).

c. Distribusi frekuensi pada ibu berdasarkan pendidikan terakhir

Distribusi frekuensi pada ibu berdasarkan pendidikan terakhir dapat dilihat pada tabel 5.3 di bawah ini :

Tabel 5.3
Distribusi Frekuensi Ibu Berdasarkan Pendidikan Terakhir di RSKD
Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar Bulan Juni Tahun 2013

Pendidikan Terakhir	Jumlah	Persentase (%)
Tidak Sekolah	1	2,1
SD	9	18,8
SLTP	6	12,8
SLTA	28	58,3
Sarjana	4	8,3
Lain-Lain	0	0
Total	48	100

Sumber : Data Sekunder 2012

Pada Tabel 5.3 terlihat bahwa distribusi ibu berdasarkan pendidikan terakhir di RSKD Ibu Dan Anak Siti Fatimah Makassar paling banyak adalah SLTA sebanyak 28 ibu (58,3%), kemudian SD sebanyak 9 ibu (18,8%), SLTP sebanyak 6 ibu (12,8%), sedangkan yang paling sedikit adalah pendidikan terakhir Sarjana sebanyak 4 ibu (8,3%).

d. Distribusi frekuensi pada ibu berdasarkan paritas

Distribusi frekuensi pada ibu berdasarkan paritas dapat dilihat pada tabel 5.4 di bawah ini :

Tabel 5.4
Distribusi Frekuensi Ibu Berdasarkan Paritas di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar Bulan Juni Tahun 2013

Paritas	Jumlah	Persentase (%)
Risiko	41	85,4
Tidak Risiko	7	14,6
Total	48	100

Sumber : Data Sekunder 2012

Pada Tabel 5.4 terlihat bahwa distribusi ibu berdasarkan paritas di RSKD Ibu Dan Anak Siti Fatimah Makassar paling banyak adalah yang memiliki paritas >3 Kali sebanyak 41 ibu (85,4%), sedangkan yang paling sedikit adalah yang memiliki paritas ≤ 3 kali sebanyak 7 ibu (29,2%).

e. Distribusi frekuensi pada ibu berdasarkan pemeriksaan antenatal

Distribusi frekuensi pada ibu berdasarkan pemeriksaan antenatal dapat dilihat pada tabel 5.5 di bawah ini :

Tabel 5.5
Distribusi Frekuensi Ibu Berdasarkan Pemeriksaan Antenatal di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar Bulan Juni Tahun 2013

Pemeriksaan Antenatal	Jumlah	Persentase (%)
Risiko	34	70,8
Tidak Risiko	14	29,2
Total	48	100

Sumber : Data Sekunder 2012

Pada Tabel 5.5 terlihat bahwa distribusi ibu berdasarkan pemeriksaan antenatal di RSKD Ibu Dan Anak Siti Fatimah Makassar paling banyak adalah yang memiliki pemeriksaan antenatal <4 Kali sebanyak 34 ibu (70,8%), sedangkan yang paling sedikit adalah yang memiliki pemeriksaan antenatal ≥ 4 kali sebanyak 14 ibu (29,2%).

- f. Distribusi frekuensi pada ibu berdasarkan jenis penyakit/penyulit kehamilan.

Distribusi frekuensi pada ibu berdasarkan jenis penyakit/penyulit kehamilan dapat dilihat pada tabel 5.6 dibawah ini :

Tabel 5.6
Distribusi Frekuensi Ibu Berdasarkan Jenis Penyakit/Penyulit Kehamilan di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar Bulan Juni Tahun 2013

Jenis Penyakit/Penyulit Kehamilan	Jumlah	Persentase (%)
Anemia	10	20,8
Pre eklamsia dan Eklamsia	15	31,3
Solusio Plasenta	0	0
Diabetes Melitus	0	0
Rhesus Iso-Imunisasi	0	0
Infeksi Dalam Kehamilan	0	0
Ketuban Pecah Dini	0	0
Letak Lintang	11	22,9
Tidak Ada Penyakit/Penyulit Kehamilan	12	25
Total	48	100

Sumber : Data Sekunder 2012

Pada Tabel 5.6 terlihat bahwa distribusi ibu berdasarkan jenis penyakit/penyulit kehamilan di RSKD Ibu Dan Anak Siti Fatimah Makassar paling banyak adalah yang menderita preeklamsia dan eklamsia sebanyak 15 ibu (31,3%), kemudian letak lintang sebanyak 11 ibu (22,9), sedangkan yang paling sedikit adalah yang menderita anemia sebanyak 10 ibu (20,8%).

- g. Distribusi frekuensi pada ibu berdasarkan penyakit/penyulit kehamilan.

Distribusi Frekuensi pada ibu berdasarkan penyakit/penyulit kehamilan dapat dilihat pada tabel 5.7 di bawah ini :

Tabel 5.7
Distribusi Frekuensi Ibu Berdasarkan Penyakit/penyulit Kehamilan di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar Bulan Juni Tahun 2013

Penyakit/penyulit Kehamilan	Jumlah	Persentase (%)
Risiko	36	75
Tidak Risiko	12	25
Total	48	100

Sumber : Data Sekunder 2012

Pada Tabel 5.7 terlihat bahwa distribusi ibu berdasarkan penyakit/penyulit kehamilan di RSKD Ibu Dan Anak Siti Fatimah Makassar paling banyak adalah yang menderita penyakit/penyulit kehamilan sebanyak 36 ibu (75%), sedangkan yang paling sedikit adalah yang tidak menderita penyakit/penyulit kehamilan sebanyak 12 ibu (25%).

2. Hasil Analisis Bivariat

Analisis bivariat ini dilakukan dengan maksud untuk mengetahui hubungan variabel independen (umur, paritas, pemeriksaan antenatal, penyakit/penyulit kehamilan) dengan variabel dependen (kejadian KJDR) yang dilakukan dengan menggunakan uji statistik chi square dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$ yang ditunjukkan dengan nilai $p < 0,05$.

Hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen dapat dilihat sebagai berikut :

a. Hubungan Umur Ibu Dengan kejadian Kematian Janin Dalam Rahim (KJDR).

Dari 37 ibu yang mempunyai umur berisiko 1 ibu (2,1%) diantaranya tidak mengalami KJDR dan 36 ibu (75,0%) mengalami KJDR, sedangkan dari 11 ibu yang mempunyai umur tidak berisiko 4 ibu (8,3%) tidak mengalami KJDR dan 7 ibu (14,6%) mengalami KJDR, dapat dilihat pada tabel 5.8 berikut :

Tabel 5.8
Hubungan Umur Ibu Dengan Kejadian KJDR di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar Bulan Juni

Umur Ibu	Kejadian KJDR						<i>P value</i>
	KJDR		Tidak KJDR		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Risiko	36	75	1	2,1	37	77,1	0.007
Tidak Risiko	7	14,6	4	8,3	11	22,9	
Total	43	89,6	5	10,4	48	100	

Sumber : Data Sekunder 2012

Berdasarkan hasil uji statistik *Chi-square* diperoleh $p = 0,007$ ($p < 0,05$). Hal ini berarti menolak H_0 dengan kata lain ada hubungan antara umur ibu dengan kejadian KJDR di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar.

b. Hubungan Paritas Dengan kejadian Kematian Janin Dalam Rahim (KJDR).

Dari 41 ibu yang mempunyai paritas berisiko 1 ibu (2,1%) diantaranya tidak mengalami KJDR dan 40 ibu (83,3%) mengalami KJDR, sedangkan dari 7 ibu yang mempunyai paritas tidak berisiko 4 ibu (8,3%) tidak mengalami KJDR dan 3 ibu (6,2%) mengalami KJDR, dapat dilihat pada tabel 5.9 berikut :

Tabel 5.9
Hubungan Paritas Dengan Kejadian KJDR di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar Bulan Juni

Paritas	Kejadian KJDR						<i>P value</i>
	KJDR		Tidak KJDR		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Risiko	40	83,3	1	2,1	41	85,4	0.001
Tidak Risiko	3	6,2	4	8,3	7	14,6	
Total	43	89,6	5	10,4	48	100	

Sumber : Data Sekunder 2012

Berdasarkan hasil uji statistik *Chi-square* diperoleh $p = 0,001$ ($p < 0,05$). Hal ini berarti menolak H_0 dengan kata lain ada hubungan antara paritas dengan kejadian KJDR di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar.

c. Hubungan Pemeriksaan Antenatal Dengan kejadian Kematian Janin Dalam Rahim (KJDR).

Dari 34 ibu yang memiliki pemeriksaan antenatal berisiko 1 ibu (2,1%) diantaranya tidak mengalami KJDR dan 33 ibu (68,8%) mengalami KJDR, sedangkan dari 14 ibu yang memiliki pemeriksaan antenatal tidak berisiko 4 ibu (8,3%) tidak mengalami KJDR dan 10 ibu (20,8%) mengalami KJDR, dapat dilihat pada tabel 5.10 berikut :

Tabel 5.10
Hubungan Pemeriksaan Antenatal Dengan Kejadian KJDR di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar Bulan Juni

Pemeriksaan Antenatal	Kejadian KJDR						<i>P</i> value
	KJDR		Tidak KJDR		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Risiko	33	68,8	1	2,1	34	70,8	0.021
Tidak Risiko	10	20,8	4	8,3	14	29,2	
Total	43	89,6	5	10,4	48	100	

Sumber : Data Sekunder 2012

Berdasarkan hasil uji statistik *Chi-square* diperoleh $p = 0,021$ ($p < 0,05$). Hal ini berarti menolak H_0 dengan kata lain ada hubungan antara pemeriksaan antenatal dengan kejadian KJDR di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar.

d. Hubungan Penyakit/penyulit kehamilan Dengan kejadian Kematian Janin Dalam Rahim (KJDR).

Dari 36 ibu yang menderita penyakit/penyulit kehamilan 2 ibu (4,2%) diantaranya tidak mengalami KJDR dan 34 ibu (70,8%)

mengalami KJDR, sedangkan dari 12 ibu yang menderita penyakit/penyulit kehamilan 3 ibu (6,3%) tidak mengalami KJDR dan 9 ibu (18,8%) mengalami KJDR, dapat dilihat pada tabel 5.11 berikut :

Tabel 5.11
Hubungan Penyakit/penyulit Kehamilan Dengan Kejadian KJDR
di RSKD IBU dan Anak Siti Fatimah Makassar Bulan Juni

Penyakit/ penyulit Kehamilan	Kejadian KJDR						<i>P value</i>
	KJDR		Tidak KJDR		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Risiko	34	70,8	2	4,2	36	75	0.092
Tidak Risiko	9	18,8	3	6,2	12	25	
Total	43	89,6	5	10,4	48	100	

Sumber : Data Sekunder 2012

Berdasarkan hasil uji statistik *Chi-square* diperoleh $p = 0,092$ ($p < 0,05$). Hal ini berarti menolak H_0 dengan kata lain ada hubungan antara menderita penyakit/penyulit kehamilan dengan kejadian KJDR di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar.

B. Pembahasan

1. Hubungan Umur Ibu Dengan Kejadian Kematian Janin Dalam Rahim (KJDR).

Hasil analisis hubungan antara umur ibu dengan kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR) menggambarkan bahwa kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR) paling tinggi pada ibu yang berumur <20 atau >35 tahun yaitu sebanyak 36 ibu (75,0%), dan 7 ibu (14,6%) mengalami

KJDR meskipun berada pada umur tidak berisiko yaitu 20-35 tahun. Hal ini dapat disebabkan karena ibu mempunyai faktor risiko lain seperti jumlah paritas yang tinggi, pemeriksaan antenatal yang kurang dan beberapa penyakit/penyulit yang mempunyai pengaruh terhadap kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR).

Hubungan antara umur ibu dengan kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR) dapat dilihat dari analisis uji statistik *chi-square* didapatkan nilai $p=0,007$ ($p<0,05$). Hal ini berarti bahwa ada hubungan bermakna antara umur ibu dengan kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR) di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar. Hal ini berarti tidak berisiko pada kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR) adalah umur antara 20-35 tahun.

Asumsi peneliti bahwa umur ibu berhubungan dengan kejadian kematian janin dalam rahim karena umur sangat berpengaruh terhadap kehamilan, dimana diharapkan organ reproduksi sudah siap dan matang menghadapi kehamilan. Pertambahan umur akan diikuti oleh perubahan perkembangan organ-organ dalam rongga pelvis. Umur dibawah 20 tahun organ reproduksi belum cukup matang untuk menerima kehamilan begitu pula umur diatas 35 tahun organ reproduksi mengalami kerapuhan untuk mempertahankan kehamilan sehingga berisiko untuk terjadinya kematian janin dalam rahim.

Hal ini sesuai dengan firman Allah SWT. yang berbunyi :

وَاللَّهُ خَلَقَكُمْ مِنْ تُرَابٍ ثُمَّ مِنْ نُطْفَةٍ ثُمَّ جَعَلَكُمْ أَزْوَاجًا وَمَا تَحْمِلُ مِنْ أُنْثَىٰ وَلَا تَضَعُ إِلَّا بِعِلْمِهِ وَمَا يُعَمِّرُ مِنْ مُّعَمَّرٍ وَلَا يُنْقِصُ مِنْ عُمُرِهِ إِلَّا فِي كِتَابٍ إِنَّ ذَلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرٌ ﴿١١﴾

Terjemahnya :

”dan Allah menciptakan kamu dari tanah kemudian dari air mani, kemudian Dia menjadikan kamu berpasangan (laki-laki dan perempuan). dan tidak ada seorang perempuanpun mengandung dan tidak (pula) melahirkan melainkan dengan sepengetahuan-Nya. dan sekali-kali tidak dipanjangkan umur seorang yang berumur panjang dan tidak pula dikurangi umurnya, melainkan (sudah ditetapkan) dalam kitab (Lauh Mahfuzh). Sesungguhnya yang demikian itu bagi Allah adalah mudah.” (QS. Faathir/35 : 11)

Ayat ini berarti Allah tidak memanjangkan umur seseorang, tidak pula dikurangi-Nya akibat masa yang dilaluinya, kecuali semua itu tercatat dalam Lauh Mahfuzh. Semua itu mudah bagi Allah swt. (Quraish Shihab, 2002)

Menurut penulis bahwa penciptaan manusia itu secara bertahap, begitu pula dengan pertumbuhannya, dimana ada yang dikurangi umurnya dan ada yang ditambahkan umurnya oleh Allah SWT, ada yang mencapai organ yang sempurna ada juga yang tidak mencapai organ yang sempurna bahwa ada yang sampai pada kerapuhan organ, termasuk organ reproduksi.

Asumsi peneliti bahwa adanya hubungan antara umur ibu dengan kejadian kematian janin dalam rahim didasarkan pada teori yang menyatakan bahwa umur < 20 tahun dan > 35 tahun merupakan umur yang

risiko tinggi terhadap kehamilan dan persalinan. Ibu yang berumur kurang dari 20 tahun, rahim dan bagian tubuh lainnya belum siap untuk menerima kehamilan dan cenderung kurang perhatian terhadap kehamilannya. Ibu yang berumur lebih dari 35 tahun, rahim dan bagian tubuh lainnya fungsinya sudah menurun dan kesehatan ibu tidak sebaik saat berumur 20-35 tahun. (Mochtar,2004).

Umur ibu <20 tahun peredaran darah menuju serviks dan juga menuju uterus masih belum sempurna sehingga hal ini dapat mengganggu proses penyaluran nutrisi dari ibu ke janin yang dikandungnya (Manuaba, 2003). Meningkatnya umur akan terjadi perubahan-perubahan pada pembuluh darah dan juga ikut menurunnya fungsi hormon yang mengatur siklus reproduksi (endometrium). Disamping itu, semakin bertambahnya umur maka akan semakin meningkatkan pula risiko hipertensi yang juga merupakan faktor predisposisi terjadinya Kematian janin Dalam Rahim (KJDR) (Varney, 2006). Semakin bertambahnya umur seorang wanita, maka hormon pengatur siklus reproduksi juga semakin menurun. Salah satu contoh hormon itu adalah esterogen, esterogen mempunyai beberapa fungsi salah satunya adalah meningkatkan aliran darah uterus (William F.Ganong, 2003). Fungsi lain esterogen adalah dapat menyebabkan proliferasi endometrium yang nyata dan perkembangan kelenjar endometrium yang kemudian digunakan untuk membantu penyaluran nutrisi dari ibu ke janin. Apabila kadar esterogen rendah dan perkembangan endometrium tidak sempurna, maka aliran darah ke uterus

juga akan ikut menurun sehingga dapat mempengaruhi penyaluran nutrisi dari ibu ke janin (Varney,2006). Selain menurunnya hormon esterogen akibat penambahan umur, hormon lain yang juga menurun adalah progesteron. Fungsi progesteron dalam masa kehamilan adalah mempertahankan agar kehamilan tetap berlanjut, progesteron ini mulai dihasilkan segera setelah plasenta terbentuk dan apabila kadar progesteron ini sedikit, maka tidak mampu mempertahankan kehamilan sehingga dapat menyebabkan kematian janin. (Green, 2003).

Asumsi peneliti diperkuat lagi oleh teori yang menyatakan bahwa wanita hamil kurang dari 20 tahun dapat merugikan kesehatan ibu maupun pertumbuhan dan perkembangan janin karena belum matangnya alat reproduksi untuk hamil. Penyulit pada kehamilan remaja (<20 tahun) lebih tinggi dibandingkan kurun waktu reproduksi sehat antara 20-30 tahun. Keadaan tersebut akan makin menyulitkan bila ditambah dengan tekanan (stres) psikologi, sosial, ekonomi, sehingga memudahkan terjadinya kematian janin dalam rahim. (Manuaba, 2007)

Beberapa teori yang mempertegas asumsi peneliti bahwa bertambahnya usia ibu, maka terjadi juga perubahan perkembangan dari organ-organ tubuh terutama organ reproduksi dan perubahan emosi atau kejiwaan seorang ibu. Hal ini dapat mempengaruhi kehamilan yang tidak secara langsung dapat mempengaruhi kehidupan janin dalam rahim. (Wiknjosastro, 2005).

Bertambahnya usia pada wanita mengakibatkan semakin berkurangnya jumlah sel telur, usia diatas 35 tahun juga berpengaruh terhadap kemampuan rahim untuk menerima bakal janin atau embrio. Ibu hamil berumur 35 tahun atau lebih, dimana pada usia tersebut terjadi perubahan pada jaringan alat-alat rahim dan jalan lahir tidak lentur lagi. Selain itu, ada kecenderungan didapatkan penyakit lain didalam tubuh.

Umur dibawah 20 tahun atau terlalu muda secara fisik, kondisi rahim dan panggul belum optimal sehingga dapat mengakibatkan risiko kesakitan dan kematian pada kehamilan, persalinan dan nifas serta bayinya.

Dalam kurun waktu reproduksi sehat (20-35 tahun) ini sebagian besar wanita dapat menjalani masa kehamilan, persalinan, dan nifas dalam kondisi yang optimal sehingga ibu dan bayinya dalam keadaan sehat. Dengan kata lain, angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas) ibu dan bayi yang terjadi akibat kehamilan dan persalinan kelompok usia tersebut paling rendah dibandingkan dengan kelompok usia lainnya. (BKKBN,2008)

Selain itu, kehamilan remaja maupun kehamilan yang dialami oleh wanita berusia lebih dari 35 tahun, terutama primipara mempunyai risiko yang meningkat akan terjadinya retardasi pertumbuhan dalam rahim, gawat janin, dan kematian intrauterine. (Richard, 2003)

Berbeda dengan penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Sri Ratu Medan tahun 2009 oleh Pane dalam mengetahui karakteristik ibu yang

mengalami KJDR dan melahirkan bayi dengan BBLR, yang menyatakan bahwa sebagian besar ibu yang mengalami KJDR (43,4%) berada pada umur 20-35. Hal ini disebabkan karena adanya karakteristik lain sebagai faktor risiko terjadinya KJDR seperti tingkat pendidikan dan jenis pekerjaan ibu. Begitu pula dengan penelitian yang dilakukan oleh Safrianti di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Cut Mutia Kabupaten Aceh Utara tahun 20011, menyatakan bahwa kematian janin tidak berpengaruh terhadap umur karena banyak faktor obstetri seperti nutrisi janin, penyakit patologis lain yang lebih menonjol adalah telah lama dianggap memiliki risiko lebih besar mengalami gangguan hasil kehamilan.

2. Hubungan Paritas Dengan Kejadian Kematian Janin Dalam Rahim (KJDR)

Hasil analisis hubungan antara paritas dengan kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR) menggambarkan bahwa kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR) paling tinggi pada ibu dengan paritas >3 kali yaitu sebanyak 40 ibu (83,3%), dan 3 ibu (6,2%) mengalami KJDR meskipun berada pada paritas tidak berisiko yaitu ≤ 3 kali. Hal ini dapat disebabkan karena ibu mempunyai faktor risiko lain seperti ibu yang hamil pada umur yang berisiko atau umur yang tidak sehat untuk menjalani kehamilan, pemeriksaan antenatal yang kurang dan beberapa penyakit/penyulit yang mempunyai pengaruh terhadap kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR).

Hubungan antara paritas dengan kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR) dapat dilihat dari analisis uji statistik *chi-square* didapatkan nilai $p=0,001$ ($p<0,05$). Hal ini berarti bahwa ada hubungan bermakna antara paritas dengan kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR) di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar. Hal ini berarti paritas yang tidak berisiko pada kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR) adalah paritas ≤ 3 kali.

Asumsi peneliti bahwa paritas memiliki hubungan terhadap kematian janin dalam rahim karena secara reproduktif paritas menjadi salah satu aspek yang dapat meningkatkan risiko terjadinya berbagai permasalahan berkaitan dengan kesehatan reproduksi, termasuk kematian janin dalam rahim.

Asumsi peneliti tersebut didasarkan pada beberapa teori yang menyatakan bahwa dengan paritas yang tinggi atau telah mengalami kehamilan yang berulang-ulang berisiko tinggi untuk terjadinya kematian janin dalam rahim, karena kehamilan tersebut menimbulkan kerusakan pada pembuluh darah dinding uterus yang dapat mempengaruhi sirkulasi nutrisi ke janin. Paritas yang tinggi juga menyebabkan terdapatnya jaringan parut akibat kehamilan dan persalinan terdahulu sehingga perlekatan placenta tidak adekuat yang menyebabkan penyaluran nutrisi dari ibu ke janin terhambat (Varney, 2006). Penyaluran nutrisi dari ibu ke janin dapat diterangkan sebagai berikut, embrio memiliki dua lapisan pelindung, lapisan dalam dinamakan *amnion* dan lapisan luar dinamakan

korion. Bagian dari korion yaitu vili korialis menembus dinding uterus dan berfungsi sebagai pengangkut bahan makanan dari darah ibu ke embrio. Kemudian sebagian dari korion masuk ke dalam placenta dan memberi makan kepada embrio selama kehamilan berlangsung. Embrio berhubungan dengan placenta melalui tali pusat. Melalui tali pusat embrio memperoleh makanan dan membuang sisa metabolismenya (Green, 2003)

Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian ibu dan perinatal. (Wiknjosastro, 2005). Banyak studi yang menunjukkan bahwa kehamilan kedua dan ketiga adalah tidak paling menyulitkan, sedang komplikasi meningkat setelah anak ketiga. (Djaja, 2008). Ibu hamil yang telah melahirkan lebih dari 5 kali atau grandemultipara, mempunyai risiko tinggi dalam kehamilan seperti hipertensi, plasenta previa, dan lain-lain yang akan dapat mengakibatkan kematian janin. (Saifuddin, 2003)

Asumsi ini juga didukung oleh teori yang dikemukakan oleh Cunningham dkk dalam bukunya *Obstetri William* (2005) yang menyatakan bahwa wanita dengan paritas tinggi berisiko mengalami kematian janin dalam rahim karena disebabkan uterus telah mengalami kekendoran pada dinding rahim. Bahaya yang dapat mengancam pada keadaan ini adalah robekan pada dinding rahim, kelainan his (atonia uteri), perdarahan post partum (pasca persalinan), persalinan lama, kelainan letak, termasuk kematian janin dalam rahim.

Penelitian yang dijadikan perbandingan dari penelitian ini adalah penelitian yang tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pane yang menyatakan bahwa ibu yang mengalami KJDR berada pada paritas 2 dan 3. Hal ini disebabkan karena adanya ibu yang memiliki penyakit kehamilan yang berisiko terhadap kejadian KJDR. Sama halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Safrianti tahun 2011 menyatakan bahwa tidak ada hubungan dengan kematian janin dalam rahim karena jika ibu tidak menjaga kehamilan dan tidak waspada tentang bahaya kehamilan maka akan terjadi kematian janin dalam rahim.

3. Hubungan Pemeriksaan Antenatal Dengan Kejadian Kematian Janin Dalam Rahim (KJDR)

Hasil analisis hubungan antara pemeriksaan antenatal dengan kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR) menggambarkan bahwa kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR) paling tinggi pada ibu dengan pemeriksaan antenatal <4 kali yaitu sebanyak 34 ibu (68,8%), dan 9 ibu (18,8%) mengalami KJDR meskipun berada pada pemeriksaan antenatal tidak berisiko yaitu ≥ 4 kali. Hal ini dapat disebabkan karena ibu mempunyai faktor risiko lain seperti ibu berada pada umur yang berisiko atau tidak sehat, jumlah paritas yang tinggi dan beberapa penyakit/penyulit yang mempunyai pengaruh terhadap kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR).

Hubungan antara pemeriksaan antenatal dengan kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR) dapat dilihat dari analisis uji statistik *chi-*

square didapatkan nilai $p=0,021$ ($p<0,05$). Hal ini berarti bahwa ada hubungan bermakna antara pemeriksaan antenatal dengan kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR) di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar. Hal ini berarti pemeriksaan antenatal sebaiknya dilakukan ≥ 4 kali atau minimal 4 kali selama kehamilan untuk menghindari risiko terjadinya kematian janin dalam rahim (KJDR).

Asumsi peneliti bahwa pemeriksaan antenatal berhubungan dengan kejadian kematian janin dalam rahim karena pemeriksaan antenatal memegang peranan penting terhadap kelangsungan kehamilan, tanpa pemeriksaan kehamilan yang teratur sekurang-kurangnya 4 kali selama kehamilan tidak mampu mendeteksi lebih dini bila terdapat kelainan dalam kehamilan. Pemeriksaan kehamilan yang teratur memberikan kesempatan untuk mendiagnosa masalah yang dapat menyulitkan kehamilan maupun persalinan bahkan dapat menyebabkan kematian janin dalam rahim, sehingga dapat dilakukan rujukan dini dengan penanganan yang tepat. Pemeriksaan antenatal juga dapat dimanfaatkan untuk mendapatkan penyuluhan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kematian janin dalam rahim, juga merupakan peranan penting dalam upaya pencegahan untuk mendeteksi secara dini kelainan atau penyakit pada ibu hamil ataupun janin.

Asumsi peneliti diperkuat dengan beberapa teori yang menyatakan bahwa pemeriksaan antenatal yang teratur dan sedini mungkin pada seorang wanita hamil penting sekali sehingga kelainan-kelainan yang

mungkin terdapat pada ibu hamil dapat diobati dan ditangani dengan segera. Pemeriksaan antenatal yang baik minimal 4 kali selama kehamilan dapat mencegah terjadinya kematian janin dalam rahim berguna untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan dalam rahim, hal ini dapat dilihat melalui tinggi fundus uteri dan terdengar atau tidaknya denyut jantung janin. (Saifuddin, 2003)

Pemeriksaan kehamilan adalah suatu pemeriksaan yang dilakukan oleh petugas kesehatan terhadap ibu hamil beserta janinnya secara berkala untuk mengawasi kondisi kesehatan ibu serta pertumbuhan dan perkembangan janin guna persiapan persalinannya, masa nifas, pemberian Air Susu Ibu (ASI) dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar yang diikuti dengan upaya koreksi terhadap penyimpangan yang ditemukan. (Wiknjosastro, 2005)

Menurut Manuaba (2007) Antenatal Care (ANC) adalah pengawasan sebelum persalinan terutama pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim, perawatan yang diberikan pada ibu selama masa kehamilan. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 40 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir.

Seperti dalam firman Allah SWT. yang berbunyi :

الَّذِي أَحْسَنَ كُلَّ شَيْءٍ خَلْقَهُ ۖ وَبَدَأَ خَلْقَ الْإِنْسَانِ مِنْ طِينٍ ﴿٧﴾ ثُمَّ جَعَلَ
 نَسْلَهُ مِنْ سُلَالَةٍ مِّنْ مَّاءٍ مَّهِينٍ ﴿٨﴾ ثُمَّ سَوَّاهُ وَنَفَخَ فِيهِ مِنْ رُّوحِهِ ۖ وَجَعَلَ

لَكُمْ السَّمْعَ وَالْأَبْصَرَ وَالْأَفْئِدَةَ قَلِيلًا مَّا تَشْكُرُونَ ﴿٧﴾ وَقَالُوا أَإِذَا
ضَلَّلْنَا فِي الْأَرْضِ أَئِنَّا لَفِي خَلْقٍ جَدِيدٍ ﴿٨﴾ بَلْ هُمْ بِلِقَاءِ رَبِّهِمْ كَافِرُونَ ﴿٩﴾

Terjemahnya :

7. yang membuat segala sesuatu yang Dia ciptakan sebaik-baiknya dan yang memulai penciptaan manusia dari tanah.
8. kemudian Dia menjadikan keturunannya dari saripati air yang lemah.
9. kemudian Dia menyempurnakan dan meniupkan ke dalamnya roh (ciptaan)-Nya dan Dia menjadikan bagi kamu pendengaran, penglihatan dan hati; (tetapi) kamu sedikit sekali bersyukur.
10. dan mereka berkata: "Apakah bila Kami telah lenyap (hancur) dalam tanah, Kami benar-benar akan berada dalam ciptaan yang baru ?" bahkan mereka ingkar akan menemui Tuhannya. (QS. As-Sajdah/32 : 7-10)

Maksud dari ciptaan yang baru adalah dihidupkan kembali untuk menerima balasan Tuhan pada hari kiamat.

Ayat di atas menyatakan bahwa Allah swt. telah menciptakan semua ciptaan-Nya dalam keadaan baik, yakni diciptakan-Nya secara sempurna agar masing-masing dapat berfungsi sebagaimana yang dikehendaki-Nya. Dimana menyempurnakannya mengisyaratkan proses lebih lanjut dari kejadian manusia setelah terbentuk organ-organnya. Tiga pokok penciptaan : tahap pertama mengisyaratkan pembentukan organ-organ tubuh secara umum, tahap kedua adalah tahap penghalusan dan penyempurnaan organ-organ itu, dan tahap ketiga adalah tahapan peniupan ruh Ilahi yang menjadikan manusia memiliki potensi untuk tampil seimbang, memiliki kecenderungan kepada keadilan. Demikian manusia yang diciptakan Allah, disempurnakan ciptaannya dan dihembuskan kepadanya ruh ciptaan-Nya. (Quraish Shihab, 2002)

4. Hubungan Penyakit/Penyulit Kehamilan Dengan Kematian Janin Dalam Rahim (KJDR)

Hasil analisis hubungan antara penyakit/penyulit kehamilan dengan kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR) menggambarkan bahwa kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR) paling tinggi pada ibu yang menderita penyakit/penyulit kehamilan yaitu sebanyak 34 ibu (70,8%), dan 3 ibu (6,2%) mengalami KJDR meskipun ibu tidak menderita penyakit/penyulit kehamilan. Hal ini dapat disebabkan karena ibu mempunyai faktor risiko lain seperti ibu yang hamil pada umur yang berisiko atau umur yang tidak sehat untuk menjalani kehamilan, jumlah paritas yang tinggi, dan pemeriksaan antenatal yang kurang.

Hubungan antara penyakit/penyulit kehamilan dengan kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR) dapat dilihat dari analisis uji statistik *chi-square* didapatkan nilai $p=0,092$ ($p<0,05$). Hal ini berarti bahwa ada hubungan bermakna antara ibu yang menderita penyakit/penyulit kehamilan dengan kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR) di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar. Hal ini berarti ibu yang menderita penyakit/penyulit kehamilan (anemia, pre eklamsia dan eklamsia, dan letak lintang) berisiko terhadap kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR).

Asumsi peneliti bahwa penyakit/penyulit kehamilan (anemia, pre eklamsia dan eklamsia, dan letak lintang) berhubungan dengan kejadian

kematian janin dalam rahim karena penyakit yang diderita ibu akan berdampak pada janin.

Asumsi ini diperkuat dengan beberapa teori yang menyatakan bahwa pre eklamsia dapat menjadi eklamsia yang ditandai dengan tekanan darah yang sangat tinggi dan kejang-kejang, pendarahan otak atau solusio plasenta. Kondisi patologik ini bukan hanya mengancam ibu tetapi juga pertumbuhan dan perkembangan janin yang dikandungnya. Pada pre-eklampsia terjadi spasme pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. Jika semua arteriola dalam tubuh mengalami spasme, maka tekanan darah akan naik, sebagai usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigen jaringan dapat dicukupi. Maka aliran darah menurun ke plasenta dan menyebabkan gangguan pertumbuhan janin dan karena kekurangan oksigen terjadi gawat janin. (Mochtar, 2004)

Pre eklamsia-eklamsia juga menyebabkan peningkatan angka kesakitan pada janin. Kematian janin karena preeklamsia dan eklamsia terjadi karena insufisiensi plasenta dan solusio plasenta. Kejadian pertumbuhan janin terhambat juga sering ditemui pada kasus ini, angkanya bervariasi berkisar 10-30%. (Lale, 2004)

Pre eklamsia dan eklamsia merupakan komplikasi kehamilan yang berkelanjutan dengan penyebab yang sama. Oleh karena itu, pencegahan atau diagnose dini dapat mengurangi kejadian dan menurunkan angka kesakitan dan kematian. Untuk dapat menegakkan kenaikan berat badan, kenaikan tekanan darah, dan pemeriksaan untuk proteinuria.

Meningkatnya tekanan darah dan kadar protein dalam urin dapat memicu preeklampsia. Kondisi preeklampsia dapat berkembang menjadi eklampsia atau keracunan kehamilan yang ditandai dengan kejang pada ibu dan penurunan kesadaran pada saat persalinan, atau kejang selama dua hari atau lebih setelah melahirkan. Kejadian sangat membahayakan, karena dapat menyebabkan kematian ibu dan janin. (Wiknjosastro, 2005)

Hasil konsepsi seperti janin, plasenta dan darah membutuhkan zat besi dalam jumlah besar untuk pembuatan butir-butir darah pertumbuhannya, yaitu sebanyak berat zat besi. Jumlah ini merupakan 1/10 dari seluruh zat besi dalam tubuh. Terjadinya anemia dalam kehamilan bergantung dari jumlah persediaan zat besi dalam hati, limpa dan sumsum tulang.

Pengaruh anemia sangat fatal, baik selama kehamilan, persalinan maupun pasca persalinan. selama kehamilan apabila ibu menderita anemia dapat menyebabkan abortus, persalinan prematuritas, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, hypiremesis gravidarum dan pendarahan antepartum.

Pada letak lintang dengan ukuran panggul normal dan cukup bulan, tidak dapat terjadi persalinan spontan. Bila persalinan dibiarkan tanpa pertolongan, akan menyebabkan kematian janin. Bahu masuk ke dalam panggul sehingga rongga panggul seluruhnya terisi bahu dan bagian-bagian tubuh lainnya. Janin tidak dapat turun lebih lanjut dan terjepit dalam rongga panggul. Dalam usaha untuk mengeluarkan janin, segmen

bawah uterus melebar serta menipis, sehingga batas antara dua bagian ini makin lama makin tinggi dan terjadi lingkaran retraksi patologik sehingga dapat mengakibatkan kematian janin. (Wiknjosastro, 2005)

Keadaan komplikasi kehamilan berkelanjutan, oleh karena itu melalui antenatal care yang bertujuan untuk mencegah perkembangan preeklamsia dan eklamsia, anemia dan letak lintang atau setidaknya dapat mendeteksi diagnosa dini sehingga dapat mengurangi kejadian kesakitan. (Saifuddin, 2003)



BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kematian Janin Dalam Rahim (KJDR) dapat disimpulkan, bahwa :

1. Umur ibu hamil <20 atau >35 memiliki risiko untuk terjadinya kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR)
2. Semakin tinggi jumlah persalinan (paritas), semakin tinggi risiko untuk mengalami kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR)
3. Semakin kurang melakukan pemeriksaan antenatal selama kehamilan, semakin tinggi risiko untuk mengalami kejadian kematian janin dalam rahim (KJDR)
4. Ibu yang menderita penyakit/penyakit kehamilan (anemia, pre eklamsia dan eklamsia, dan letak lintang) memiliki risiko untuk terjadinya kematian janin dalam rahim (KJDR).

B. Saran

1. Bagi perawat maupun bidan atau tenaga medis lainnya di institusi Rumah Sakit Khusus Daerah Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar agar menganjurkan kepada pasien untuk rutin melakukan pemeriksaan kehamilan dan mensosialisasikan faktor risiko yang dapat menyebabkan kematian janin dalam rahim (KJDR).

2. Bagi institusi UIN Alauddin Makassar Fakultas Ilmu Kesehatan dan Prodi Keperawatan agar memasukkan materi tentang Kematian Janin Dalam Rahim (KJDR) dalam bahan kuliah sehingga menambah wawasan tentang KJDR.
3. Bagi peneliti lain perlu penelitian lebih lanjut tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kematian janin dalam rahim untuk dijadikan bahan perbandingan dan untuk menambah wawasan tentang KJDR serta diharapkan agar data yang digunakan adalah data primer agar penelitian dapat lebih bermanfaat.



DAFTAR PUSTAKA

- Achadiat, C.M. 2004. *Prosedur Tetap Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta : EGC
- Al-Qur'an Nul Karim
- Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). 2008. *Ingin memiliki Kesehatan Reproduksi Prima*. (online). (www.bkkbn.go.id) , diakses tanggal 2 mei 2008.
- Bobak, Lowdermik, dkk. 2004. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Edisi Bahasa Indonesia. Jakarta :EGC
- Cunningham et al. 2005. *Kehamilan Preterm*. Dalam Obstetri Williams. Edisi 21. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Depag RI. 2007. *Al Qur'an Dan Tafsirnya Jilid 8 Juz 22-23-24* . Jakarta : Departemen Agama.
- Depkes RI. 2007. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2006*. Jakarta: Departemen Kesehatan Indonesia.
- Dinkes Sul-Sel. 2010. *Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan 2009*. Makassar : Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan.
- Djaja, Sarimawar. 2008. *Penyakit Penyebab Kematian Bayi Baru Lahir(Neonatal) dan Sistem Pelayanan Kesehatan yang Berkaitan Di Indonesia*. (online). (<http://digilinglitlang.depkes.go.id>), diakses tanggal 2 Mei 2013
- Furi, Syaikh Shafiyyur al-Mubarak. 2010. *Shahih Tafsir Ibnu Katsir*. Jilid 7. Cet.3. Jakarta : Pustaka Ibnu Katsir.
- Ganong, F.William. 2003. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Edisi 20. Jakarta : Penerbit Buku kedokteran EGC.
- Gracia. 2008. *Rawankah Hamil Disaat Tua*. (online). (<http://www.tanyadokteranda.com>). Diakses 2 mei 2013
- Green, J.H. 2003.*Pengantar Fisiologi Tubuh Manusia*. Jakarta : Binarupa Aksara
- Hacker, N.F., J. George M. 2004. *Esensial Obstetri dan Ginekologi*. Edisi 2. Alih Bahasa Edi Nugroho. Jakarta : Hipokrates.

- Iswarati, H. O. 2007. *Kematian Neonatal, Bayi dan Balita di Indonesia*. Jurnal Ilmiah Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi. Tahun 1.No.1. 2007.
- Kadri, N. 2005. *Kelainan Kongenital, dalam Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Kasjono, Heru Subaris dan Yusril. 2009. *Teknik Sampling Untuk Penelitian Kesehatan*. Edisi I. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Lale Say. 2004. Treatment of hypertension in pregnancy Postgraduate Training course in Reproductive Health , Geneva
- Llewellyn, J. 2003. *Setiap Wanita*. Jakarta : Delapratasa
- Llewellyn, J. 2005. *Dasar-Dasar Obstetri dan Ginekologi*. Edis 6. Jakarta : Delapratasa
- Manuaba, I.B.G. 2003. *Konsep Obstetrik dan Ginekologi Sosial Indonesia*. Jakarta : EGC.
- Manuaba, I.B.G. 2007. *Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi dan KB*. Jakarta : EGC.
- Martaadisoebrata, D. 2005. *Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Mochtar, R. 2004. *Sinopsis Obstetri Fisiologi Patologi*. Edisi III. Jakarta: EGC
- Monintja, H.E. 2005. *Penyakit-Penyakit Dalam Masa Neonatal, dalam Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Monintja, H.E. 2006. *Kematian Perinatal dalam Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Pane, Juli Astari. 2010. Karakteristik Ibu Yang Melahirkan Bayi Dengan BBLR Dan Mengalami KJDK Di Rumah Sakit Sri Ratu Medan Tahun 2009. *Skripsi*. Tidak dipublikasikan. Medan : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.
- Prasetyo, Bambang dan Lina Miftahul Jannah. 2005. *Metode Penelitian Kuantitatif, Teori dan Aplikasi*. Jakarta : PT RajaGrafindo Persada.

- Richard, B. 2003. *Ilmu Kesehatan Anak* : Nelson. Edisi Bahasa Indonesia. Jakarta : EGC
- Safrianti. 2011. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Kematian Janin Dalam Kandungan (KJDK) Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Cut Mutia Kabupaten Aceh Utara Tahun 2011. *Skripsi*. Tidak dipublikasikan. Aceh Utara : D-III Kebidanan U'budiyah Banda Aceh.
- Saifuddin, A.B. 2003. *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : YBP-SP
- Shihab, M. Quraish. 2002. *Tafsir Al-Misbah : pesan, kesan, dan keserasian Al-Qur'an*. Vol. 2. Jakarta : Lentera Hati.
- Shihab, M. Quraish. 2002. *Tafsir Al-Misbah : pesan, kesan, dan keserasian Al-Qur'an*. Vol. 11. Jakarta : Lentera Hati.
- Shihab, M. Quraish. 2002. *Tafsir Al-Misbah : pesan, kesan, dan keserasian Al-Qur'an*. Vol. 14. Jakarta : Lentera Hati.
- Stridje, D. 2003. *Kehamilan dan Diabetes*. Jakarta: EGC
- Tiro, Muhammad Arif. 2008. *Pengenalan Biostatistika*. Cet. II. Makassar : Andira Publisher.
- Tiro, Muhammad Arif. 2009. *Penelitian : Skripsi, Tesis, dan Disertasi*. Cet.1. Makassar : Andira Publisher
- Varney, Helen. 2006. *Buku Ajar asuhan Kebidanan*. Jakarta : EGC
- Wiknjosastro, Hanifa. 2005. *Ilmu Kebidanan*. Edisi Ketiga Cetakan ketujuh. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Wiknjosastro, Hanifa. 2006. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Edisi Pertama Cetakan Keempat. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Wiknjosastro, Hanifa. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Edisi Keempat Cetakan Pertama. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

L

A

M

P

I

R

A

N



LEMBAR OBSERVASI

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN
KEMATIAN JANIN DALAM RAHIM (KJDR) DI RUMAH SAKIT
KHUSUS DAERAH IBU DAN ANAK SITI FATIMAH
MAKASSAR**

No. Kode Responden :

A. Identitas Responden :

1. Nama responden (*inisial*) :
2. Umur :
 - a. < 20 tahun (tuliskan umur ibu saat ini)
 - b. 20 – 35 tahun (tuliskan umur ibu saat ini)
 - c. > 35 tahun (tuliskan umur ibu saat ini)
3. Pekerjaan :

a. IRT	d. Petani
b. PNS	e. Wiraswasta
c. Pegawai swasta	f. Lain-lain..... (tuliskan bila ada)
4. Pendidikan Terakhir :

a. Tidak sekolah	d. SLTA
b. SD	e. Sarjana
c. SLTP	f. Lain-lain.....(tuliskan bila ada)
5. Status Perkawinan :
6. Status Obstetri : G..... P..... A.....
7. Pemeriksaan ANC yang ke :

8. Penyakit/Penyulit kehamilan yang diderita ibu :

No	Penyakit/penyulit yang diderita oleh ibu	Cek list
1	Anemia	
2	Pre-eklamsia dan eklamsia	
3	Solusio plasenta	
4	Diabetes melitus	
5	Rhesus iso-imunisasi	
6	Infeksi dalam kehamilan	
7	Ketuban pecah dini	
8	Letak lintang	

No. Kode Responden	Nama Ibu	Variabel Independe				Variabel Dependen
		Umur Ibu	Paritas	Pemeriksaan Antenatal	Penyakit/penyulit kehamilan	KJDR
1	Ny.Mh	1	1	1	1	1
2	Ny.Rmh	1	1	1	2	1
3	Ny.Smm	2	2	2	2	2
4	Ny.Rnr	1	1	1	1	1
5	Ny.R	1	1	2	1	1
6	Ny.D	2	2	2	2	2
7	Ny.M	1	1	1	1	1
8	Ny.I	1	1	1	1	1
9	Ny.A	2	1	2	1	2
10	Ny.As	1	2	1	2	2
11	Ny.S	1	1	2	1	1
12	Ny.Sm	1	1	1	2	1
13	Ny.God	1	1	1	1	1
14	Ny.Sdh	2	1	2	2	1
15	Ny.Ia	1	1	1	1	1
16	Ny.Tbcr	1	1	2	1	1
17	Ny.Ib	1	1	1	1	1
18	Ny.Stfs	2	1	1	1	1
19	Ny.Msab	1	2	1	2	1
20	Ny.Ad	2	1	1	1	1
21	Ny.Ns	2	1	1	1	1
22	Ny.Mela	1	1	2	1	1
23	Ny.Kne	1	1	1	1	1
24	Ny.Fatj	2	2	2	1	2
25	Ny.Na	1	1	1	1	1
26	Ny.Ams	1	1	1	1	1
27	Ny.Hk	1	1	2	1	1
28	Ny.Km	2	1	1	1	1
29	Ny.Ss	1	1	2	1	1
30	Ny.Hrt	1	2	1	2	1
31	Ny.Nhmt	1	1	1	1	1
32	Ny.W	2	1	1	1	1
33	Ny.Sr	1	1	1	2	1

34	Ny.N	1	1	1	1	1
35	Ny.Nu	1	1	2	1	1
36	Ny.Mw	1	1	1	1	1
37	Ny.Mr	1	1	1	1	1
38	Ny.Md	1	1	1	2	1
39	Ny.Srn	2	1	1	2	1
40	Ny.Ylt	1	2	1	1	1
41	Ny.Ns	1	1	1	2	1
42	Ny.Mrl	1	1	1	1	1
43	Ny.Ma	1	1	1	1	1
44	Ny.Ryp	1	1	1	1	1
45	Ny.Sth	1	1	1	1	1
46	Ny.Nsn	1	1	2	1	1
47	Ny.Mrn	1	1	1	1	1
48	Ny.Hs	1	1	2	1	1

Keterangan :

KJDR :

1. KJDR
2. Tidak KJDR

Umur Ibu :

1. <20,>35
2. 20-35

Paritas :

1. >3 Kali
2. ≤3 Kali

Pemeriksaan Antenatal :

1. <4 Kali
2. ≥4 Kali

Penyakit/penyulit Kehamilan :

1. Menderita Penyakit/penyulit Kehamilan
2. Tidak Menderita Penyakit/penyulit Kehamilan

No. Kode Responden	Nama Ibu	KJDR	Umur Ibu	Pekerjaan	Pendidikan Terakhir	Status Perkawinan	Paritas	Pemeriksaan Antenatal	Penyakit/penyulit kehamilan
1	Ny.Mh	1	1	1	4	1	1	1	1
2	Ny.Rmh	1	1	1	4	1	1	1	9
3	Ny.Smm	2	2	1	3	1	2	2	9
4	Ny.Rnr	1	1	1	3	1	1	1	2
5	Ny.R	1	1	1	4	1	1	2	2
6	Ny.D	2	2	1	4	1	2	2	9
7	Ny.M	1	1	1	4	1	1	1	8
8	Ny.I	1	1	1	2	1	1	1	8
9	Ny.A	2	2	1	4	1	1	2	2
10	Ny.As	2	1	1	4	1	2	1	9
11	Ny.S	1	1	1	4	1	1	2	8
12	Ny.Sm	1	1	1	2	1	1	1	9
13	Ny.God	1	1	3	5	1	1	1	1
14	Ny.Sdh	1	2	1	3	1	1	2	9
15	Ny.Ia	1	1	1	2	1	1	1	2
16	Ny.Tbcr	1	1	1	4	1	1	2	2
17	Ny.Ib	1	1	1	1	1	1	1	8
18	Ny.Stfs	1	2	1	4	1	1	1	1
19	Ny.Msab	1	1	1	4	1	2	1	9
20	Ny.Ad	1	2	1	4	1	1	1	1
21	Ny.Ns	1	2	1	4	1	1	1	1
22	Ny.Mela	1	1	1	4	1	1	2	1

23	Ny.Kne	1	1	1	4	1	1	1	1
24	Ny.Fatj	2	2	1	4	1	2	2	1
25	Ny.Na	1	1	1	3	1	1	1	2
26	Ny.Ams	1	1	1	4	1	1	1	2
27	Ny.Hk	1	1	1	2	1	1	2	2
28	Ny.Km	1	2	1	2	1	1	1	1
29	Ny.Ss	1	1	5	3	1	1	2	2
30	Ny.Hrt	1	1	1	2	1	2	1	9
31	Ny.Nhmt	1	1	1	4	1	1	1	8
32	Ny.W	1	2	1	5	1	1	1	8
33	Ny.Sr	1	1	1	4	1	1	1	9
34	Ny.N	1	1	1	4	1	1	1	8
35	Ny.Nu	1	1	1	2	1	1	2	8
36	Ny.Mw	1	1	1	4	1	1	1	8
37	Ny.Mr	1	1	1	4	1	1	1	1
38	Ny.Md	1	1	1	4	1	1	1	9
39	Ny.Srn	1	2	1	3	1	1	1	9
40	Ny.Ylt	1	1	1	4	1	2	1	2
41	Ny.Ns	1	1	1	4	1	1	1	9
42	Ny.Mrl	1	1	1	4	1	1	1	2
43	Ny.Ma	1	1	1	2	1	1	1	2
44	Ny.Ryp	1	1	1	2	1	1	1	2
45	Ny.Sth	1	1	1	4	1	1	1	2
46	Ny.Nsn	1	1	1	5	1	1	2	8

47	Ny.Mrn	1	1	1	5	1	1	1	8
48	Ny.Hs	1	1	1	4	1	1	2	2

Keterangan :

KJDR :

1. KJDR
2. Tidak KJDR

Umur Ibu :

1. <20,>35
2. 20-35

Pekerjaan :

1. IRT
2. PNS
3. Pegawai Swasta
4. Petani
5. Wiraswasta
6. Lain-lain

Pendidikan Terakhir :

1. Tidak Sekolah
2. SD
3. SLTP
4. SLTA
5. Sarjana
6. Lain-lain

Penyakit/penyulit Kehamilan :

1. Anemia
2. Pre eklamsia dan Eklamsia
3. Solusio Plasenta
4. Diabetes Melitus
5. Rhesus Iso Imunisasi
6. Infeksi Dalam Kehamilan
7. Ketuban Pecah Dini
8. Letak Lintang
9. tidak ada penyakit/penyulit kehamilan

Paritas :

1. >3 Kali
2. ≤3 Kali

Pemeriksaan Antenatal :

1. <4 Kali
2. ≥4 Kali

Status Perkawinan :

1. Kawin
2. Tidak Kawin

39	Ny.Srn	2	2	2	2	2	2	2	2	2
40	Ny.Ylt	2	1	2	2	2	2	2	2	1
41	Ny.Ns	2	2	2	2	2	2	2	2	2
42	Ny.Mrl	2	1	2	2	2	2	2	2	1
43	Ny.Ma	2	1	2	2	2	2	2	2	1
44	Ny.Ryp	2	1	2	2	2	2	2	2	1
45	Ny.Sth	2	1	2	2	2	2	2	2	1
46	Ny.Nsn	2	2	2	2	2	2	2	1	1
47	Ny.Mrn	2	2	2	2	2	2	2	1	1
48	Ny.Hs	2	1	2	2	2	2	2	2	1

Keterangan :

Penyakit/penyulit Kehamilan :

1. Ya
2. Tidak

Kesimpulan :

1. Menderita
Penyakit/penyulit
Kehamilan
2. Tidak Menderita
Penyakit/penyulit Kehamilan

Nama Ibu	Umur	Pekerjaan	Pend.Terakhir	Status perkawinan	Paritas	Pem.Antenatal	Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	Jenis Penyakit/Penyulit Kehamilan
Ny.Mh	19	IRT	SLTA	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	anemia
Ny.Rmh	19	IRT	SLTA	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Tidak Menderita Penyakit/penyulit Kehamilan	KJDR	tidak ada penyakit/penyulit kehamilan
Ny.Smm	22	IRT	SLTP	Kawin	3 kali atau kurang	4 kali atau lebih	Tidak Menderita Penyakit/penyulit Kehamilan	Tidak KJDR	tidak ada penyakit/penyulit kehamilan
Ny.Rnr	36	IRT	SLTP	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	pre eklamsia dan eklamsia
Ny.R	18	IRT	SLTA	Kawin	lebih dari 3 kali	4 kali atau lebih	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	pre eklamsia dan eklamsia
Ny.D	28	IRT	SLTA	Kawin	3 kali atau kurang	4 kali atau lebih	Tidak Menderita Penyakit/penyulit Kehamilan	Tidak KJDR	tidak ada penyakit/penyulit kehamilan
Ny.M	44	IRT	SLTA	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	letak lintang
Ny.I	19	IRT	SD	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	letak lintang
Ny.A	31	IRT	SLTA	Kawin	lebih dari 3 kali	4 kali atau lebih	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	Tidak KJDR	pre eklamsia dan eklamsia
Ny.As	40	IRT	SLTA	Kawin	3 kali atau kurang	kurang dari 4 kali	Tidak Menderita Penyakit/penyulit Kehamilan	Tidak KJDR	tidak ada penyakit/penyulit kehamilan
Ny.S	37	IRT	SLTA	Kawin	lebih dari 3 kali	4 kali atau lebih	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	letak lintang
Ny.Sm	19	IRT	SD	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Tidak Menderita Penyakit/penyulit Kehamilan	KJDR	tidak ada penyakit/penyulit kehamilan
Ny.God	36	Pegawai swasta	Sarjana	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	anemia
Ny.Sdh	22	IRT	SLTP	Kawin	lebih dari 3 kali	4 kali atau lebih	Tidak Menderita Penyakit/penyulit Kehamilan	KJDR	tidak ada penyakit/penyulit kehamilan
Ny.Ia	37	IRT	SD	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	pre eklamsia dan eklamsia
Ny.Tbcr	42	IRT	SLTA	Kawin	lebih dari 3 kali	4 kali atau lebih	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	pre eklamsia dan eklamsia
Ny.Ib	19	IRT	Tidak Sekolah	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	letak lintang
Ny.Stfs	22	IRT	SLTA	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	anemia
Ny.Msab	19	IRT	SLTA	Kawin	3 kali atau kurang	kurang dari 4 kali	Tidak Menderita Penyakit/penyulit Kehamilan	KJDR	tidak ada penyakit/penyulit kehamilan
Ny.Ad	22	IRT	SLTA	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	anemia
Ny.Ns	22	IRT	SLTA	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	anemia
Ny.Mela	36	IRT	SLTA	Kawin	lebih dari 3 kali	4 kali atau lebih	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	anemia
Ny.Kne	40	IRT	SLTA	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	anemia

Ny.Fatj	23	IRT	SLTA	Kawin	3 kali atau kurang	4 kali atau lebih	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	Tidak KJDR	anemia
Ny.Na	37	IRT	SLTP	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	pre eklamsia dan eklamsia
Ny.Ams	43	IRT	SLTA	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	pre eklamsia dan eklamsia
Ny.Hk	40	IRT	SD	Kawin	lebih dari 3 kali	4 kali atau lebih	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	pre eklamsia dan eklamsia
Ny.Km	22	IRT	SD	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	anemia
Ny.Ss	41	Wiraswasta	SLTP	Kawin	lebih dari 3 kali	4 kali atau lebih	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	pre eklamsia dan eklamsia
Ny.Hrt	19	IRT	SD	Kawin	3 kali atau kurang	kurang dari 4 kali	Tidak Menderita Penyakit/penyulit Kehamilan	KJDR	tidak ada penyakit/penyulit kehamilan
Ny.Nhmt	19	IRT	SLTA	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	letak lintang
Ny.W	24	IRT	Sarjana	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	letak lintang
Ny.Sr	19	IRT	SLTA	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Tidak Menderita Penyakit/penyulit Kehamilan	KJDR	tidak ada penyakit/penyulit kehamilan
Ny.N	42	IRT	SLTA	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	letak lintang
Ny.Nu	41	IRT	SD	Kawin	lebih dari 3 kali	4 kali atau lebih	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	letak lintang
Ny.Mw	43	IRT	SLTA	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	letak lintang
Ny.Mr	39	IRT	SLTA	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	anemia
Ny.Md	37	IRT	SLTA	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Tidak Menderita Penyakit/penyulit Kehamilan	KJDR	tidak ada penyakit/penyulit kehamilan
Ny.Srn	27	IRT	SLTP	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Tidak Menderita Penyakit/penyulit Kehamilan	KJDR	tidak ada penyakit/penyulit kehamilan
Ny.Ylt	19	IRT	SLTA	Kawin	3 kali atau kurang	kurang dari 4 kali	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	pre eklamsia dan eklamsia
Ny.Ns	19	IRT	SLTA	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Tidak Menderita Penyakit/penyulit Kehamilan	KJDR	tidak ada penyakit/penyulit kehamilan
Ny.Mrl	18	IRT	SLTA	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	pre eklamsia dan eklamsia
Ny.Ma	19	IRT	SD	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	pre eklamsia dan eklamsia
Ny.Ryp	19	IRT	SD	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	pre eklamsia dan eklamsia
Ny.Sth	36	IRT	SLTA	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	pre eklamsia dan eklamsia
Ny.Nsn	43	IRT	Sarjana	Kawin	lebih dari 3 kali	4 kali atau lebih	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	letak lintang
Ny.Mrn	44	IRT	Sarjana	Kawin	lebih dari 3 kali	kurang dari 4 kali	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	letak lintang
Ny.Hs	45	IRT	SLTA	Kawin	lebih dari 3 kali	4 kali atau lebih	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	KJDR	pre eklamsia dan eklamsia


```

FREQUENCIES VARIABLES=KJDR Umuribu Pekerjaan PendidikanTerakhir StatusPerkawinan Paritas
PemeriksaanAntenatal PenyakitatauPenyulitKehamilan
/ORDER=ANALYSIS.

```

Frequencies

Notes		
Output Created		19-JUL-2013 11:52:06
Comments		
	Data	E:\DATA DILA urfadila.dila91@gmail.com\skrip si KJDR dila\Untitled1.sav
Input	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	48
	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
Missing Value Handling	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.

Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=KJDR Umuribu Pekerjaan PendidikanTerakhir StatusPerkawinan Paritas PemeriksaanAntenatal PenyakitatauPenyulitKehamilan /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00:00:00,03
	Elapsed Time	00:00:00,03

[DataSet1] E:\DATA DILA\nurfadila.dila91@gmail.com\skripsi KJDR dila\Untitled1.sav

Statistics									
		KJDR	Umuribu	Pekerjaan	PendidikanTerakhir	StatusPerkawinan	Paritas	PemeriksaanAntenatal	PenyakitatauPenyulitKehamilan
N	Valid	48	48	48	48	48	48	48	48
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

KJDR

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
KJDR	43	89,6	89,6	89,6
Valid Tidak KJDR	5	10,4	10,4	100,0
Total	48	100,0	100,0	

Umuribu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<20,>35	37	77,1	77,1	77,1
Valid 20-35	11	22,9	22,9	100,0
Total	48	100,0	100,0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid IRT	46	95,8	95,8	95,8
Pegawai swasta	1	2,1	2,1	97,9
Wiraswasta	1	2,1	2,1	100,0
Total	48	100,0	100,0	

Pendidikan Terakhir

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Sekolah	1	2,1	2,1	2,1
SD	9	18,8	18,8	20,8
SLTP	6	12,5	12,5	33,3
SLTA	28	58,3	58,3	91,7
Sarjana	4	8,3	8,3	100,0
Total	48	100,0	100,0	

Status Perkawinan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kawin	48	100,0	100,0	100,0

Paritas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	lebih dari 3 kali	41	85,4	85,4	85,4
	3 kali atau kurang	7	14,6	14,6	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

PemeriksaanAntenatal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang dari 4 kali	34	70,8	70,8	70,8
	4 kali atau lebih	14	29,2	29,2	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

penyakitatauPenyulitKehamilan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid anemia	10	20,8	20,8	20,8
pre eklamsia dan eklamsia	15	31,3	31,3	52,1
letak lintang	11	22,9	22,9	75,0
tidak ada penyakit/penyulit kehamilan	12	25,0	25,0	100,0
Total	48	100,0	100,0	

PenyakitatauPenyulitKehamilan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	36	75,0	75,0	75,0
Tidak Menderita Penyakit/penyulit Kehamilan	12	25,0	25,0	100,0
Total	48	100,0	100,0	

CROSSTABS

/TABLES=Umuribu Paritas PemeriksaanAntenatal PenyakitatauPenyulitKehamilan BY KJDR

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ RISK


```

/CELLS=COUNT TOTAL
/COUNT ROUND CELL.

```

Crosstabs

Notes		
Output Created		19-JUL-2013 11:52:22
Comments		
	Data	E:\DATA DILA
		urfadila.dila91@gmail.com\skrip
		si KJDR dila\Untitled1.sav
Input	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	48
	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
Missing Value Handling		Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.
	Cases Used	

Syntax		CROSSTABS /TABLES=Umuribu Paritas PemeriksaanAntenatal PenyakitatauPenyulitKehamilan BY KJDR /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=CHISQ RISK /CELLS=COUNT TOTAL /COUNT ROUND CELL.
Resources	Processor Time	00:00:00,06
	Elapsed Time	00:00:00,06
	Dimensions Requested	2
	Cells Available	174762

[DataSet1] E:\DATA DILA\nurfadila.dila91@gmail.com\skripsi KJDR dila\Untitled1.sav

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Umuribu * KJDR	48	100,0%	0	0,0%	48	100,0%
Paritas * KJDR	48	100,0%	0	0,0%	48	100,0%
PemeriksaanAntenatal * KJDR	48	100,0%	0	0,0%	48	100,0%
PenyakitatauPenyulitKehamilan * KJDR	48	100,0%	0	0,0%	48	100,0%

Umuribu * KJDR

Crosstab

			KJDR		Total
			KJDR	Tidak KJDR	
Umuribu	<20,>35	Count	36	1	37
		% of Total	75,0%	2,1%	77,1%
	20-35	Count	7	4	11
		% of Total	14,6%	8,3%	22,9%
Total	Count		43	5	48
	% of Total		89,6%	10,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10,296 ^a	1	,001	,007	,007
Continuity Correction ^b	7,004	1	,008		
Likelihood Ratio	8,463	1	,004		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	10,081	1	,001		
N of Valid Cases	48				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,15.

b. Computed only for a 2x2 table

Paritas * KJDR

Crosstab

			KJDR		Total
			KJDR	Tidak KJDR	
Paritas	lebih dari 3 kali	Count	40	1	41
		% of Total	83,3%	2,1%	85,4%
	3 kali atau kurang	Count	3	4	7
		% of Total	6,2%	8,3%	14,6%
Total		Count	43	5	48
		% of Total	89,6%	10,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	19,174 ^a	1	,000	,001	,001
Continuity Correction ^b	13,760	1	,000		
Likelihood Ratio	13,114	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	18,775	1	,000		
N of Valid Cases	48				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,73.

b. Computed only for a 2x2 table

PemeriksaanAntenatal * KJDR

Crosstab

			KJDR		Total
			KJDR	Tidak KJDR	
PemeriksaanAntenatal	kurang dari 4 kali	Count	33	1	34
		% of Total	68,8%	2,1%	70,8%
	4 kali atau lebih	Count	10	4	14
		% of Total	20,8%	8,3%	29,2%
Total		Count	43	5	48
		% of Total	89,6%	10,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,981 ^a	1	,008	,021	,021
Continuity Correction ^b	4,505	1	,034		
Likelihood Ratio	6,303	1	,012		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	6,836	1	,009		
N of Valid Cases	48				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,46.

b. Computed only for a 2x2 table

PenyakitatauPenyulitKehamilan * KJDR

Crosstab

			KJDR		Total
			KJDR	Tidak KJDR	
PenyakitatauPenyulitKehamilan	Menderita Penyakit/Penyulit Kehamilan	Count	34	2	36
		% of Total	70,8%	4,2%	75,0%
	Tidak Menderita Penyakit/penyulit Kehamilan	Count	9	3	12
		% of Total	18,8%	6,2%	25,0%
Total		Count	43	5	48
		% of Total	89,6%	10,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,647 ^a	1	,056	,092	,092
Continuity Correction ^b	1,860	1	,173		
Likelihood Ratio	3,133	1	,077		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	3,571	1	,059		
N of Valid Cases	48				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,25.

b. Computed only for a 2x2 table

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nurfadila, lahir 6 Oktober 1991 di Veracity Keningau, Malaysia . Penulis merupakan anak ke dua dari empat bersaudara pasangan ayahanda Ali dan Ibunda Hj. Nur Alam.

Penulis memulai pendidikan di Sekolah Kebangsaan Patikan Laut, Keningau Malaysia pada tahun 1997 kemudian pindah ke Indonesia dan melanjutkan pendidikan di SDN 116 Timurung dan menamatkan pendidikan Sekolah Dasar di SDN 118 Al-patue Kecamatan Ajangale Kabupaten Bone pada tahun 2003. Penulis melanjutkan pendidikan di SMP Negeri 1 Ajangale tahun 2003 dan tamat pada tahun 2006. Kemudian melanjutkan kembali pendidikannya di SMA Negeri 1 Ajangale dan selesai tahun 2009. Penulis tetap melanjutkan studinya dan diterima di Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar melalui jalur SNMPTN pada Fakultas Ilmu Kesehatan Jurusan Keperawatan, program strata 1 (S1).

Selama menempuh pendidikan, Penulis tidak terlalu aktif dalam organisasi. Di bangku SD penulis aktif dalam organisasi ekstrakurikuler Pramuka, di bangku SMP dan SMA penulis tidak berorganisasi intra maupun ekstrakurikuler, namun di bangku kuliah penulis kembali bergabung dalam organisasi ekstrakampus KEPMI Bone DPC Ajangale, DPP KEPMI Bone dan Study club of Nursing SKLERA.

Penulis berharap perjalanan hidup untuk menuntut ilmu tidak hanya sampai di sini, melainkan sampai akhir hayat, seperti pepatah, “Tuntutlah Ilmu Sejak dari Ayunan hingga ke Liang lahat”. Semoga apa yang penulis jalani dapat bernilai ibadah disisi Allah SWT, dan apa yang penulis peroleh dapat diaplikasikan pada diri sendiri, keluarga, kerabat, masyarakat, bangsa, dan agama.